

판매일 2025년 4월



※ 이 약관은 「금융소비자 보호에 관한 법률」에 의거, 내부통제 절차를 거쳐 제공됩니다.

무배당

NH굿스타트 건강보험 2504

생애주기별 주요위험 종합 보장

사랑하는 우리아이

태아부터 100세까지 든든하게!

약관 이용 가이드 북

약관이용 Guide Book



※ 同 guidebook은 보험규정의 개념 및 구성 등을 간략하게 소개하고,
소비자 관점에서 약관 주요 내용 등을 쉽게 찾고 이해할 방법을 안내하는 그것을 목적으로 함

01

보험약관이란?



보험약관은 가입하신 보험계약의 내용 및 조건 등을 미리 정하여 놓은 계약조항으로 **보험계약자**와 **보험회사**의 **권리 및 의무**를 규정하고 있습니다. 특히, 청약철회, 계약취소, 보험금 지급 및 지급제한 사항 등 보험계약의 **중요사항**에 대한 설명이 들어 있으니 **반드시 확인**하셔야 합니다.

02

한눈에 보는 약관의 구성

약관 이용
가이드 북

약관을 쉽게 잘 이용할 수 있도록
약관의 구성, 쉽게 찾는 방법 등의 내용을 담고 있는 지침서

시각화된
약관 요약서

약관을 쉽게 이해할 수 있도록 계약 **주요내용 및 유의사항** 등을
시각적 방법을 이용하여 간단 요약한 약관

보험규정
(주계약&특약)

- **주계약**(보통약관) : 기본계약을 포함한 공통사항을 정한 기본약관
- **특약**(특별약관) : 보통약관에 정한 사항 외 선택가입한 보장내용 등 필요한 사항을 정한 약관

용어해설 및
색인 등

약관이해를 돕기 위한 어려운 **법률·보험용어**의 **해설**,
특약색인, 관련 법규 등을 소비자에게 안내

03

QR코드를 통한 편리한 정보이용

● QR(Quick Response)코드란?

스마트폰으로 해당 QR코드를 스캔하면 상세내용 등을 손쉽게 안내받을 수 있습니다.



약관해설 영상



보험금 지급절차

약관의 핵심 체크항목 쉽게찾기(보통약관기준)

보험약관 핵심사항 등과 관련된 **해당 조문, 쪽수 및 영상자료** 등을 안내드리오니,
보험회사로부터 약관을 수령한 후, 해당 내용을 반드시 **확인·숙지**하시기 바랍니다.

1 보험금 지급 및 지급제한 사항

제3조(보험금의 지급사유) 62p

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 64p

*본인이 가입한 특약을 확인하여 가입특약별「보험금 지급사유 및 미지급사유도 반드시확인할 필요

보험금 지급



2 청약철회

제20조(청약의 철회) 79p

청약철회



3 계약취소

제21조(약관 교부 및 설명의무 등) 80p

계약취소



4 계약 무효

제22조(계약의 무효) 82p

계약무효



5 계약前 알릴 의무 및 위반 효과

제15조(계약 전 알릴 의무) 71p

제17조(알릴 의무 위반의 효과) 75p

계약전 알릴의무



6 계약後 알릴 의무 및 위반 효과

제16조(상해보험계약 후 알릴 의무) 73p

제17조(알릴 의무 위반의 효과) 75p

계약후 알릴의무



7 보험료 연체 및 해지

제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우
납입최고(독촉)와 계약의 해지) 97p

보험료 연체해지



8 부활(효력회복)

제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된
계약의 부활(효력회복)) 98p

부활



9 해약환급금

제34조(계약자의 임의해지 및 피보험자의
서면동의 철회) 100p

제37조(해약환급금) 102p

해약환급금



10 보험계약대출

제38조(보험계약대출) 104p

보험계약대출



약관을 쉽게 이용할 수 있는 꿀팁

아래 **7가지 꿀팁**을 활용하시면 약관을 보다 **쉽고 편리하게** 이용할 수 있습니다.

1

시각화된 **'약관 요약서'**를 활용하시면 계약 일반사항, 가입시 유의사항, 민원사례등 약관을 보다 쉽게 이해하실 수 있습니다.

2

'약관 핵심 체크항목 쉽게 찾기'를 이용하시면 약관내용 중 핵심적인 권리 및 의무관계를 보다 쉽게 찾을 수 있습니다.

3

'색인'을 활용하시면 본인이 실제 가입한 특약 약관을 쉽게 찾을 수 있습니다.

*주 계약에 부가된 특약은 자유롭게 선택, 가입(의무특약 제외)할 수 있고 가입특약에 한해 보장받을 수 있음

4

약관 내용 중 어려운 보험용어는 **용어해설, 약관 본문 Box안 예시** 등을 참고하시면 약관 이해에 도움이 됩니다.

5

스마트폰으로 **QR코드**를 인식하면 약관해설 동영상, 보험금 지급절차, 전국 지점 등을 쉽게 안내받을 수 있습니다.

6

'관련법규'항목을 활용하시면 약관에서 인용한 법률 조항 및 규정을 자세히 알 수 있습니다.

7

약관조항 등이 **음영·컬러화** 되거나 **진하게** 된 경우 보험금 지급 등 약관 주요 내용이므로 주의 깊게 읽기 바랍니다.

기타문의 사항



※ 기타 문의사항은 당사 **홈페이지(www.nhfire.co.kr)**, **고객 콜센터(1644-9000)**로 문의 가능

※ 보험상품 거래단계별 필요한 금융꿀팁 또는 핵심정보 등은
금융감독원 금융소비자정보 포털(fine.fss.or.kr)에서 확인 가능

쉽게 이해하는

약관 요약서



이 요약서는 그림·도표·아이콘·삽화 등 시각화된 자료를 바탕으로 보험상품 및 약관의 핵심내용을 알기 쉽게 작성한 것입니다. 더욱 자세한 사항은 [상품설명서 및 약관을 반드시 확인하시기 바랍니다.](#)

※ 이 요약서의 내용을 이해하지 못하고 보험에 가입할 경우 불이익을 받을 수 있으므로, 동 내용을 반드시 이해하시고 계약체결 여부를 결정하시기 바랍니다.

I. 보험계약의 개요

- 보험회사명 | NH농협손해보험
- 보험상품명 | 무배당 NH굿스타트건강보험2504
- 보험상품의 종류 | 상해보험



01

상품의 주요 특징

태아부터 청년까지 일반상해후유장해, 암진단비, 뇌혈관질환진단비, 허혈성심장질환진단비 등을 보장하는 상해, 질병보험

02

‘상품명’으로 상품의 특징 이해하기

무배당 NH굿스타트건강보험2504

1. 무배당 : 계약자에게 배당하지 않는 상품입니다.
2. 굿스타트 : 태어나 처음으로 만나는 보험
3. 건강보험 : 상해 및 질병을 집중 보장해주는 상품입니다.



보장성 보험

사망, 상해, 질병 등



예금자보호

II. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항



01

보험금 지급제한 사항



이 보험에는 **면책기간, 감액지급, 보장한도 및 자기부담금** 등 보험금 지급제한 조건이 부가되어 있습니다. 보다 자세한 사항은 상품설명서 및 약관을 참조하시기 바랍니다.



면책기간

면책기간

보험금
미지급

이 보험에는 **보험금이 지급되지 않는 기간(면책기간)**이 설정된 담보가 있습니다.

● 면책기간 적용담보

담 보 명	면책기간
암후유장해(3~100%)	보험나이 15세 이상 가입시: 가입 후 90일간 보장 제외 (단, 기타피부암, 갑상선암은 제외)
암진단비(유사암제외)	보험나이 15세 이상 가입시: 가입 후 90일간 보장 제외
암진단비(유사암제외)(재증형)	보험나이 15세 이상 가입시: 가입 후 90일간 보장 제외
통합암진단비(유사암 제외)	보험나이 15세 이상 가입시: 가입 후 90일간 보장 제외
특정5대암진단비(식도·췌장·골·뇌 및 중추신경계통·혈액암)	보험나이 15세 이상 가입시: 가입 후 90일간 보장 제외
중증갑상선암진단비	보험나이 15세 이상 가입시: 가입 후 90일간 보장 제외
전이암진단비	보험나이 15세 이상 가입시: 가입 후 90일간 보장 제외
통합전이암진단비(유사암 제외)	보험나이 15세 이상 가입시: 가입 후 90일간 보장 제외
기타피부암및갑상선암의전이암진단비	보험나이 15세 이상 가입시: 가입 후 90일간 보장 제외
소아백혈병진단비	보험나이 15세 이상 가입시: 가입 후 90일간 보장 제외
암수술비(유사암제외)	보험나이 15세 이상 가입시: 가입 후 90일간 보장 제외
암주요치료비(유사암제외)(진단후10년·연간1회한)	보험나이 15세 이상 가입시: 가입 후 90일간 보장 제외
암주요치료비(유사암제외)(중합병원·진단후10년·연간1회한)	보험나이 15세 이상 가입시: 가입 후 90일간 보장 제외
암주요치료비(유사암제외) (상급종합병원·진단후10년·연간1회한)	보험나이 15세 이상 가입시: 가입 후 90일간 보장 제외
암주요치료비(유사암제외)(진단후10년·치료별연간1회한)	보험나이 15세 이상 가입시: 가입 후 90일간 보장 제외
암주요치료비(유사암제외) (중합병원·진단후10년·치료별연간1회한)	보험나이 15세 이상 가입시: 가입 후 90일간 보장 제외
암주요치료비(유사암제외) (상급종합병원·진단후10년·치료별연간1회한)	보험나이 15세 이상 가입시: 가입 후 90일간 보장 제외

담 보 명	면책기간
암특정재활치료비(급여)(1일1회,연간10회한)	보험나이 15세 이상 가입시: 가입 후 90일 간 보장 제외
암특정통증완화치료비(기타피부암/갑상선암제외)(급여)(연간1회한)	보험나이 15세 이상 가입시: 가입 후 90일 간 보장 제외
항암방사선치료비(최초1회한)	보험나이 15세 이상 가입시: 가입 후 90일 간 보장 제외 (단, 기타피부암, 갑상선암은 제외)
항암약물치료비(최초1회한)	보험나이 15세 이상 가입시: 가입 후 90일 간 보장 제외 (단, 기타피부암, 갑상선암은 제외)
항암방사선-약물치료비(연간1회한)	보험나이 15세 이상 가입시: 가입 후 90일 간 보장 제외 (단, 기타피부암, 갑상선암은 제외)
항암방사선치료비(치료당)	보험나이 15세 이상 가입시: 가입 후 90일 간 보장 제외 (단, 기타피부암, 갑상선암은 제외)
항암약물치료비(치료당)	보험나이 15세 이상 가입시: 가입 후 90일 간 보장 제외 (단, 기타피부암, 갑상선암은 제외)
말기암호스피스통증완화치료비(가정형입원형)(최초1회한)	보험나이 15세 이상 가입시: 가입 후 90일 간 보장 제외
암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상180일한도)	보험나이 15세 이상 가입시: 가입 후 90일 간 보장 제외 (단, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양은 제외)
암요양병원입원일당(1일이상90일한도)	보험나이 15세 이상 가입시: 가입 후 90일 간 보장 제외 (단, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양은 제외)
암수술입원비(유사암제외)(1일이상20일한도)	보험나이 15세 이상 가입시: 가입 후 90일 간 보장 제외
암직접치료통원일당(유사암제외)(요양병원제외,연간30회한)	보험나이 15세 이상 가입시: 가입 후 90일 간 보장 제외
암직접치료통원일당(유사암제외)(상급종합병원)	보험나이 15세 이상 가입시: 가입 후 90일 간 보장 제외
갱신형 암진단비(유사암제외)	보험나이 15세 이상 가입시: 가입 후 90일 간 보장 제외
갱신형 통합암진단비(유사암 제외)	보험나이 15세 이상 가입시: 가입 후 90일 간 보장 제외
갱신형 중증질환자(암)산정특례대상이후전이암진단비(최초1회한)	보험나이 15세 이상 가입시: 가입 후 90일 간 보장 제외
갱신형 중증질환자(암)산정특례대상(최초1회한)	보험나이 15세 이상 가입시: 가입 후 90일 간 보장 제외
갱신형 항암방사선치료후5대합병증진단비(최초1회한)	보험나이 15세 이상 가입시: 가입 후 90일 간 보장 제외 (단, 기타피부암, 갑상선암은 제외)
갱신형 항암방사선치료후4대합병증진단비(최초1회한)	보험나이 15세 이상 가입시: 가입 후 90일 간 보장 제외 (단, 기타피부암, 갑상선암은 제외)
갱신형 다빈치로봇암수술비(특정암제외)(최초1회한)	보험나이 15세 이상 가입시: 가입 후 90일 간 보장 제외
갱신형 다빈치로봇암수술비(특정암)(최초1회한)	보험나이 15세 이상 가입시: 가입 후 90일 간 보장 제외
갱신형 암주요치료비(유사암제외)(진단후10년.연간1회한)	보험나이 15세 이상 가입시: 가입 후 90일 간 보장 제외
갱신형 암주요치료비(유사암제외)(종합병원.진단후10년.연간1회한)	보험나이 15세 이상 가입시: 가입 후 90일 간 보장 제외
갱신형 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원.진단후10년.연간1회한)	보험나이 15세 이상 가입시: 가입 후 90일 간 보장 제외
갱신형 암주요치료비(유사암제외)(진단후10년.치료별연간1회한)	보험나이 15세 이상 가입시: 가입 후 90일 간 보장 제외
갱신형 암주요치료비(유사암제외)(종합병원.진단후10년.치료별연간1회한)	보험나이 15세 이상 가입시: 가입 후 90일 간 보장 제외
갱신형 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원.진단후10년.치료별연간1회한)	보험나이 15세 이상 가입시: 가입 후 90일 간 보장 제외

담 보 명	면책기간
갱신형 표적항암약물허가치료비(최초1회한)	보험나이 15세 이상 가입시: 가입 후 90일 간 보장 제외 (단, 기타피부암, 갑상선암은 제외)
갱신형 표적항암약물허가치료비(연간1회한)	보험나이 15세 이상 가입시: 가입 후 90일 간 보장 제외 (단, 기타피부암, 갑상선암은 제외)
갱신형 특정면역항암약물허가치료비(최초1회한)	보험나이 15세 이상 가입시: 가입 후 90일 간 보장 제외 (단, 기타피부암, 갑상선암은 제외)
갱신형 특정면역항암약물허가치료비(연간1회한)	보험나이 15세 이상 가입시: 가입 후 90일 간 보장 제외 (단, 기타피부암, 갑상선암은 제외)
갱신형 특정항암호르몬약물허가치료비 (기타피부암/갑상선암제외)(최초1회한)	보험나이 15세 이상 가입시: 가입 후 90일 간 보장 제외
갱신형 특정항암호르몬약물허가치료비 (기타피부암/갑상선암제외)(연간1회한)	보험나이 15세 이상 가입시: 가입 후 90일 간 보장 제외
갱신형 항암방사선(세기조절)치료비(최초1회한)	보험나이 15세 이상 가입시: 가입 후 90일 간 보장 제외 (단, 기타피부암, 갑상선암은 제외)
갱신형 항암방사선(양성자)치료비(최초1회한)	보험나이 15세 이상 가입시: 가입 후 90일 간 보장 제외 (단, 기타피부암, 갑상선암은 제외)

☑ 보장하고

이 보험에는 **보험금 지급한도가 설정**되는 담보가 있습니다.

● 보장하고 적용담보

담 보 명	보장한도
일반상해후유장해(80%이상)	최초1회한
일반상해후유장해(50%이상)	최초1회한
교통상해후유장해(비운전자)(80%이상)	최초1회한
스포츠활동중상해후유장해(80%이상)	최초1회한
통합상해진단비(연간1회한)	부위별 연간1회한
중대한화상및부식진단비	최초1회한
아나필락시스쇼크진단비(연간1회한)	연간1회한
중대한특정상해수술비	최초1회한
일반상해재활치료비(급여)(1일1회한,연간15회한)	1일1회한, 연간15회한
일반상해재활치료비(급여)(1일1회한,연간30회한)	1일1회한, 연간30회한
일반상해재활치료비(급여)(1일1회한,연간60회한)	1일1회한, 연간60회한
창상봉합술치료비(1일1회한,연간3회한)	연간3회한
창상봉합술치료비(안면부)(1일1회한,연간3회한)	연간3회한
주요관절손상수술치료비(급여)(연간1회한)	연간1회한
일반상해입원일당(1일이상180일한도)	1회입원당 180일한도
일반상해입원일당(181일이상365일한도)(요양/정신/한방병원제외)	1회입원당 185일한도
일반상해입원일당(중환자실,1일이상180일한도)	1회입원당 180일한도
일반상해입원일당(중환병원,1일이상180일한도)	1회입원당 180일한도

담 보 명	보장한도
일반상해입원일당(종합병원,인실,1일이상30일한도)	1회입원당 30일한도
일반상해입원일당(종합병원,2-3인실,1일이상30일한도)	1회입원당 30일한도
일반상해입원일당(종합병원,4-5인실,1일이상30일한도)	1회입원당 30일한도
일반상해입원일당(상급종합병원,1일이상180일한도)	1회입원당 180일한도
일반상해입원일당(상급종합병원,인실,1일이상60일한도)	1회입원당 60일한도
일반상해입원일당(상급종합병원,2-3인실,1일이상30일한도)	1회입원당 30일한도
일반상해입원일당(상급종합병원,4-5인실,1일이상30일한도)	1회입원당 30일한도
일반상해입원후통원일당(3일이상계속입원,20일한도)	3일이상 20일한도
간병인사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)	1회입원당 180일한도
간병인사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(요양병원)	1회입원당 180일한도
간호·간병통합서비스사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도) (요양병원제외)	1회입원당 180일한도
간호·간병통합서비스사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도) (종합병원)	1회입원당 180일한도
간호·간병통합서비스사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도) (상급종합병원)	1회입원당 180일한도
질병후유장해(80%이상)	최초1회한
질병후유장해(50%이상)	최초1회한
암진단비(유사암제외)	최초1회한
유사암진단비	각각 최초1회한
암진단비(유사암제외)(체증형)	최초1회한
유사암진단비(체증형)	각각 최초1회한
통합암진단비(유사암 제외)	보장별 최초1회한
특정5대암진단비(식도·체장·골·뇌 및 중추신경계통·혈액암)	최초1회한
중증갑상선암진단비	최초1회한
전이암진단비	림프절전이암, 특정전이암 : 각각 최초1회한
통합전이암진단비(유사암 제외)	보장별 최초1회한
기타피부암및갑상선암의전이암진단비	최초1회한
보험료납입지원(유사암진단)	최초1회한
양성뇌종양진단비 II	최초1회한
위·십이지장 양성신생물(폴립포함)진단비	연간1회한
대장 양성신생물(폴립포함)진단비	연간1회한
뇌출혈진단비	최초1회한
뇌졸중진단비	최초1회한
뇌혈관질환진단비	최초1회한
특정뇌혈관진단비	최초1회한
뇌출혈진단비(신생아뇌출혈포함)	뇌출혈 및 신생아뇌출혈 각각최초1회한
뇌졸중진단비(신생아뇌출혈포함)	뇌졸중 및 신생아뇌출혈 각각최초1회한
뇌혈관질환진단비(신생아뇌출혈포함)	뇌혈관질환 및 신생아뇌출혈 각각최초1회한

담 보 명	보장한도
뇌전증진단비보장	최초1회한
급성심근경색증진단비	최초1회한
허혈성심장질환진단비	최초1회한
특정허혈성심장질환진단비	최초1회한
심혈관특정질환 I 진단비	최초1회한
심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)진단비	최초1회한
특정순환계질환진단비(1~5종)(당뇨병및이상지질혈증포함)	최초1회한
특정순환계질환진단비(2~5종)	최초1회한
특정순환계질환진단비(3~5종)	최초1회한
특정순환계질환진단비(4~5종)	최초1회한
특정순환계질환진단비 (5종)	최초1회한
심근병증진단비	최초1회한
주요심장염증질환진단비	최초1회한
중대한재생불량성빈혈진단비	최초1회한
만성당뇨합병증진단비	최초1회한
말기신부전진단비	최초1회한
특정감상선기능저하증진단비(최초1회한)	최초1회한
결핵진단비	최초1회한
특정폐혈증진단비	최초1회한
다발성소아암진단비	최초1회한
소아백혈병진단비	최초1회한
대상포진진단비	최초1회한
대상포진노병진단비	최초1회한
특정9대감염병진단비 (연간1회한)	연간1회한
중증세균성수막염진단비	최초1회한
심장관련소아특정질환진단비	최초1회한
ADHD진단비	최초1회한
성조숙증진단비	최초1회한
중증아토피진단비	최초1회한
중증틱장애진단비	최초1회한
특정언어장애및말더듬증진단비(연간1회한)	연간1회한
특정정신장애진단비 (연간1회한)	연간1회한
뇌하수체기능저하진단비	최초1회한
관상동맥성형술(급여)(연간1회한)	연간1회한
뇌정위적방사선수술비 (급여, 연간1회한)	연간1회한
조혈모세포이식수술비	최초1회한
특정5대기관양성신생물(폴립포함)수술비	연간1회한
총수염수술비	최초1회한

담 보 명	보장한도
인공와우이식수술비	최초1회한
어린이심장개흉수술및특정시술비	개흉수술 : 최초1회한, 심장시술 : 최초1회한
모아모아병개두수술비	최초1회한
질병재활치료비(급여)(1일1회한,연간15회한)	1일1회한, 연간15회한
질병재활치료비(급여)(1일1회한,연간30회한)	1일1회한, 연간30회한
질병재활치료비(급여)(1일1회한,연간60회한)	1일1회한, 연간60회한
암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,연간1회한)	진단후10년,연간1회한
유사암주요치료비(진단후10년,연간1회한)	진단후10년,연간1회한
암주요치료비(유사암제외)(종합병원,진단후10년,연간1회한)	진단후10년,연간1회한
유사암주요치료비(종합병원,진단후10년,연간1회한)	진단후10년,연간1회한
암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원,진단후10년,연간1회한)	진단후10년,연간1회한
유사암주요치료비(상급종합병원,진단후10년,연간1회한)	진단후10년,연간1회한
암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,치료별연간1회한)	진단후10년,치료별연간1회한
유사암주요치료비(진단후10년,치료별연간1회한)	진단후10년,치료별연간1회한
암주요치료비(유사암제외)(종합병원,진단후10년,치료별연간1회한)	진단후10년,치료별연간1회한
유사암주요치료비(종합병원,진단후10년,치료별연간1회한)	진단후10년,치료별연간1회한
암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원,진단후10년,치료별연간1회한)	진단후10년,치료별연간1회한
유사암주요치료비(상급종합병원,진단후10년,치료별연간1회한)	진단후10년,치료별연간1회한
암특정재활치료비(급여)(1일1회,연간10회한)	입원·통원 각각1일1회한, 입원·통원합산 연간10회한
암특정통증완화치료비(기타피부암/갑상선암제외)(급여)(연간1회한)	연간1회한
항암약물치료비(최초1회한)	암, 기타피부암, 갑상선암 : 각각 최초1회한
항암방사선치료비(최초1회한)	암, 기타피부암, 갑상선암 : 각각 최초1회한
항암방사선·약물치료비(연간1회한)	암, 기타피부암, 갑상선암 : 각각 연간1회한
말기암호스피스통증완화치료비(가정형,입원형)(최초1회한)	최초1회한
갑상선기능항진증치료비(최초1회한)	최초1회한
뇌졸중혈전용해치료비(최초1회한)	최초1회한
뇌졸중혈전용해치료비(연간1회한)	연간1회한
뇌경색증혈전용해치료비(최초1회한)	최초1회한
뇌경색증혈전용해치료비(연간1회한)	연간1회한
급성심근경색증혈전용해치료비(최초1회한)	최초1회한
급성심근경색증혈전용해치료비(연간1회한)	연간1회한
특정허혈성심장질환혈전용해치료비(최초1회한)	최초1회한
특정허혈성심장질환혈전용해치료비(연간1회한)	연간1회한
뇌심혈관조영술검사비(급여,연간1회한)	연간1회한
뇌심혈관CT,MRI,심장초음파,뇌파,뇌척수액검사비(급여,연간1회한)	연간1회한

담 보 명	보장한도
2대질환(뇌,심장)주요치료비(진단후10년,연간1회한)	진단후10년,연간1회한
특정순환계질환(3~5종)주요치료비(진단후10년,연간1회한)	진단후10년,연간1회한
특정순환계질환(3~5종)주요치료비(종합병원,진단후10년,연간1회한)	진단후10년,연간1회한
특정순환계질환(3~5종)주요치료비(상급종합병원,진단후10년,연간1회한)	진단후10년,연간1회한
특정순환계질환(4~5종)주요치료비(진단후10년,연간1회한)	진단후10년,연간1회한
특정순환계질환(4~5종)주요치료비(종합병원,진단후10년,연간1회한)	진단후10년,연간1회한
특정순환계질환(4~5종)주요치료비(상급종합병원,진단후10년,연간1회한)	진단후10년,연간1회한
특정순환계질환(5종)주요치료비(진단후10년,연간1회한)	진단후10년,연간1회한
특정순환계질환(5종)주요치료비(종합병원,진단후10년,연간1회한)	진단후10년,연간1회한
특정순환계질환(5종)주요치료비(상급종합병원,진단후10년,연간1회한)	진단후10년,연간1회한
소아성장호르몬결핍증치료비(급여, 연간1회한)	연간1회한
치아보존치료비(유치)	크라운의 경우 연간3개한도
치아보존치료비(영구치)	크라운의 경우 연간3개한도
부정교합치료비	최초1회한
질병입원일당(1일이상180일한도)	1회입원당 180일한도
질병입원일당(181일이상365일한도)(요양/정신/한방병원제외)	1회입원당 185일한도
질병입원후통원일당(3일이상계속입원, 20일한)	3일이상 20일한도
질병입원일당(중환자실,1일이상180일한도)	1회입원당 180일한도
질병입원일당(종합병원,1일이상180일한도)	1일이상180일한도
질병입원일당(종합병원,1인실,1일이상30일한도)	1회입원당 30일한도
질병입원일당(종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)	1일이상30일한도
질병입원일당(종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)	1일이상30일한도
질병입원일당(상급종합병원,1일이상180일한도)	1회입원당 180일한도
질병입원일당(상급종합병원,1인실,1일이상60일한도)	1회입원당 60일한도
질병입원일당(상급종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)	1일이상30일한도
질병입원일당(상급종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)	1일이상30일한도
간병인사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)	1일이상180일한도
간병인사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(요양병원)	1일이상180일한도
간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)	1일이상180일한도
간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(종합병원)	1일이상180일한도
간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(상급종합병원)	1일이상180일한도
암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상180일한도)	1회입원당 180일한도
암요양병원입원일당(1일이상90일한도)	1회입원당 90일한도

담 보 명	보장한도
암수술입원비(유사암제외)(1일이상20일한도)	1일 이상 20일한도
유사암수술입원비(1일이상20일한도)	1일 이상 20일한도
암직접치료통원일당(유사암제외)(요양병원제외,연간30회한)	연간30회한
유사암직접치료통원일당(요양병원제외,연간30회한)	각각 연간30회한
암직접치료통원일당(유사암제외)(상급종합병원)	1일1회한
유사암직접치료통원일당(상급종합병원)	1일1회한
뇌혈관질환통원일당(상급종합병원)	1일1회한
뇌혈관질환통원일당(요양병원제외, 연간30회한)	1일1회한, 연간30회한
허혈성심장질환통원일당(상급종합병원)	1일1회한
식중독입원일당(4일이상120일한도)	1회입원당 120일한도
허혈성심장질환통원일당(요양병원제외, 연간30회한)	1일1회한, 연간30회한
환경성질환및성장장애입원일당(1일이상120일한도)	1회입원당 120일한도
어린이12대다발성질환입원일당(4일이상180일한도)	1회입원당 180일한도
보험료납입면제대상보장	최초1회한
4대장애진단비	최초1회한
뇌성마비진단비	최초1회한
기흉진단비	최초1회한
기흉진단비(신생아기흉포함)	기흉 및 신생아기흉 각각최초1회한
5대장기이식수술비	최초1회한
각막이식수술비	최초1회한
신생아장해출생진단비	최초1회한
저체중아입원일당(3일이상60일한도)	1회입원당 60일한도
극소저체중아입원일당(3일이상60일한도)	1회입원당 60일한도
신생아질병입원일당(4일이상120일한도)	1회입원당 120일한도
선천이상입원일당(1일이상120일한도)	1회입원당 120일한도
갱신형 통합상해진단비(연간1회한)	부위별 연간1회한
갱신형 암진단비(유사암제외)	최초1회한
갱신형 통합암진단비(유사암 제외)	보장별 최초1회한
갱신형 중증질환자(암)산정특례대상이후전이암진단비(최초1회한)	최초1회한
갱신형 중증질환자(암)산정특례대상(최초1회한)	암(유사암및13대특정암제외), 10대특정암, 3대특정암, 유사암및양성신생물 산정특례 : 각각 최초1회한
갱신형 항암방사선치료후5대합병증진단비(최초1회한)	최초1회한
갱신형 항암방사선치료후4대합병증진단비(최초1회한)	최초1회한
갱신형 갑상선비늘생검조직병리진단비(급여)(연간1회한)	연간1회한
갱신형 유방비늘생검조직병리진단비(급여)(연간1회한)	연간1회한
갱신형 중증질환자(뇌혈관)산정특례대상(최초1회한)	최초1회한
갱신형 중증질환(뇌혈관)산정특례대상(연간1회한)	연간1회한
갱신형 중증질환자(심장)산정특례대상(최초1회한)	최초1회한

답 보 명	보장한도
갱신형 중증질환(심장)산정특례대상(연간1회한)	연간1회한
갱신형 중증화상산정특례대상(최초1회한)	최초1회한
갱신형 중증외상산정특례대상(연간1회한)	연간1회한
갱신형 중증난치질환산정특례대상(최초1회한)	최초1회한
갱신형 희귀난치성질환산정특례대상(최초1회한)	최초1회한
갱신형 결핵산정특례대상(최초1회한)	최초1회한
갱신형 다빈치로봇암수술비(특정암제외)(최초1회한)	최초1회한
갱신형 다빈치로봇암수술비(특정암)(최초1회한)	최초1회한
갱신형 암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,연간1회한)	진단후10년,연간1회한
갱신형 유사암주요치료비(진단후10년,연간1회한)	진단후10년,연간1회한
갱신형 암주요치료비(유사암제외)(종합병원,진단후10년,연간1회한)	진단후10년,연간1회한
갱신형 유사암주요치료비(종합병원,진단후10년,연간1회한)	진단후10년,연간1회한
갱신형 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원,진단후10년,연간1회한)	진단후10년,연간1회한
갱신형 유사암주요치료비(상급종합병원,진단후10년,연간1회한)	진단후10년,연간1회한
갱신형 암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,치료별연간1회한)	진단후10년,치료별연간1회한
갱신형 유사암주요치료비(진단후10년,치료별연간1회한)	진단후10년,치료별연간1회한
갱신형 암주요치료비(유사암제외)(종합병원,진단후10년,치료별연간1회한)	진단후10년,치료별연간1회한
갱신형 유사암주요치료비(종합병원,진단후10년,치료별연간1회한)	진단후10년,치료별연간1회한
갱신형 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원,진단후10년,치료별연간1회한)	진단후10년,치료별연간1회한
갱신형 유사암주요치료비(상급종합병원,진단후10년,치료별연간1회한)	진단후10년,치료별연간1회한
갱신형 표적항암약물허가치료비(최초1회한)	최초1회한
갱신형 표적항암약물허가치료비 (연간1회한)	암, 기타피부암 또는 갑상선암 각각 연간 1회한
갱신형 특정면역항암약물허가치료비(최초1회한)	최초1회한
갱신형 특정면역항암약물허가치료비(연간1회한)	암(기타피부암및갑상선암제외), 기타피부암, 갑상선암 : 각각 연간1회한
갱신형 특정항암호르몬약물허가치료비(기타피부암/갑상선암제외)(최초1회한)	최초1회한
갱신형 특정항암호르몬약물허가치료비(기타피부암/갑상선암제외)(연간1회한)	연간1회한
갱신형 항암방사선(세기조절)치료비(최초1회한)	최초1회한
갱신형 항암방사선(양성자)치료비(최초1회한)	최초1회한
갱신형 특정부인과질환고강도초음파집속술(HIFU)치료비(최초1회한)	최초1회한
갱신형 특정부인과질환고강도초음파집속술(HIFU)치료비(연간1회한)	연간1회한
갱신형 특정유방병변진공흡인절제치료비(최초1회한)	최초1회한

담 보 명	보장한도
갱신형 특정유방병변진공출인절제치료비(연간1회한)	연간1회한
갱신형 독감(인플루엔자)항바이러스제치료비(연간1회한)	연간1회한
갱신형 중간판탈출증신경차단술치료비(급여)(연간1회한)	연간1회한
임신중독증진단비	최초1회한
유산진단비	최초1회한
태반조기박리진단비	최초1회한
특정고위험산모질환진단비	최초1회한
특정임신중당뇨병진단비	최초1회한
출산전선별검사결과이상소견진단비	최초1회한
다운증후군진단비	최초1회한
여성산과관련자궁적출수술비	최초1회한
분만전후출혈수혈치료비	최초1회한
유산입원일당(4일이상120일한도)	1회입원당 120일한도
임신출산질환입원일당(4일이상120일한도)	1회입원당 120일한도
임신출산질환(유산제외)통원일당(10회한)	10회한

02 해약환급금에 관한 사항(1종에 한함)

! 보험계약자가 보험계약을 중도에 해지할 경우
보험회사는 해약환급금을 지급합니다.

해약환급금

0원

납입기간 중
해지시

해약환급금

적음

납입기간 이후
해지시

① 해약환급금은 납입한 보험료 보다 적거나 없을 수도 있습니다.

*해약환급금 : 납입한 보험료에서 계약체결·유지관리 등에 소요되는 경비 및 경과된 기간의 위험
보장에 사용된 보험료를 차감하여 지급

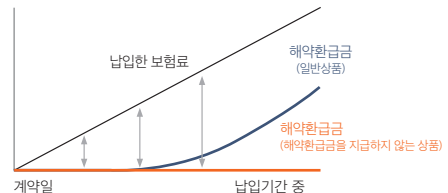
② 납입기간 중 보험계약을 해지할 경우 해약환급금이 없습니다. (해약환급금이 없는 상품)

③ 납입기간 이후 보험계약을 해지할 경우 해약환급금지급상품 해약환급금의 50%를 지급합니다. 다만, 갱신형 특별약관은 전체 보험기간 동안 해약환급금이 없습니다.

예시① 일반상품



예시② 해약환급금이 없는 상품



※ 위 그림은 예시이며 가입하는 종에 따라 해약환급금의 형태는 다를 수 있습니다.
보통약관 제37조(해약환급금)를 반드시 확인하시기 바랍니다.

갱신 시 보험료 인상 가능성

이 보험에는 **갱신 시 보험료가 변동되는** 갱신형 계약이 포함되어 있습니다.



갱신형 계약은 갱신할 때마다 연령의 증가, 위험률을 변동 등으로 보험료가 인상될 수 있으니 주의하시기 바랍니다.



담 보 명

갱신형 통합상해진단비(연간1회한)
갱신형 암진단비(유사암제외)
갱신형 통합암진단비(유사암 제외)
갱신형 중증질환자(암)산정특례대상이후전이암진단비(최초1회한)
갱신형 중증질환자(암)산정특례대상(최초1회한)
갱신형 항암방사선치료후5대합병증진단비(최초1회한)
갱신형 항암방사선치료후4대합병증진단비(최초1회한)
갱신형 갑상선바늘생검조직병리진단비(급여)(연간1회한)
갱신형 유방바늘생검조직병리진단비(급여)(연간1회한)
갱신형 중증질환(뇌혈관)산정특례대상(최초1회한)
갱신형 중증질환(뇌혈관)산정특례대상(연간1회한)
갱신형 중증질환(심장)산정특례대상(최초1회한)
갱신형 중증질환(심장)산정특례대상(연간1회한)
갱신형 중증난치질환(치매제외)산정특례대상(최초1회한)
갱신형 희귀질환자산정특례대상(최초1회한)
갱신형 중증화상산정특례대상(최초1회한)
갱신형 중증외상산정특례대상(연간1회한)
갱신형 결핵산정특례대상(최초1회한)
갱신형 다빈치로봇암수술비(특정암제외)(최초1회한)
갱신형 다빈치로봇암수술비(특정암)(최초1회한)
갱신형 암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,연간1회한)
갱신형 유사암주요치료비(진단후10년,연간1회한)
갱신형 암주요치료비(유사암제외)(종합병원,진단후10년,연간1회한)
갱신형 유사암주요치료비(종합병원,진단후10년,연간1회한)
갱신형 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원,진단후10년,연간1회한)
갱신형 유사암주요치료비(상급종합병원,진단후10년,연간1회한)
갱신형 암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,치료별연간1회한)
갱신형 유사암주요치료비(진단후10년,치료별연간1회한)
갱신형 암주요치료비(유사암제외)(종합병원,진단후10년,치료별연간1회한)
갱신형 유사암주요치료비(종합병원,진단후10년,치료별연간1회한)
갱신형 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원,진단후10년,치료별연간1회한)
갱신형 유사암주요치료비(상급종합병원,진단후10년,치료별연간1회한)
갱신형 표적항암약물허가치료비(최초1회한)
갱신형 표적항암약물허가치료비(연간1회한)

담보명
갱신형 특정면역항암약물허가치료비(최초1회한)
갱신형 특정면역항암약물허가치료비(연간1회한)
갱신형 특정항암호르몬약물허가치료비(기타피부암/갑상선암제외)(최초1회한)
갱신형 특정항암호르몬약물허가치료비(기타피부암/갑상선암제외)(연간1회한)
갱신형 항암방사선(세기조절)치료비(최초1회한)
갱신형 항암방사선(양성자)치료비(최초1회한)
갱신형 특정부인과질환 고강도초음파집속술(HIFU)치료비(최초1회한)
갱신형 특정부인과질환 고강도초음파집속술(HIFU)치료비(연간1회한)
갱신형 특정유방병변진공흡인절제치료비(최초1회한)
갱신형 특정유방병변진공흡인절제치료비(연간1회한)
갱신형 독감항바이러스제치료비(연간1회한)
갱신형 추간판탈출증신경차단술치료비(급여)(연간1회한)
갱신형 가족일상생활중배상책임III

04 실손 보상형 담보

이 보험에는 **실제 발생한 손해를 보상(실손보상)**하는 담보가 포함되어 있습니다.

실손형담보

(중복가입 부적절)
중복가입시
비례보상



- ① 동일한 위험을 보장하는 2개 이상의 계약에 **중복가입**하더라도 **실제 발생한 손해(비용)을 초과하여 보험금을 지급하지 않습니다.** (중복 가입 시 비례보상)
- ② 동일한 위험을 보장하는 여러 개의 실손보상형 담보(또는 실손의료보험)에 가입하여 **불필요하게 보험료를 납입하지 않도록 주의**하시기 바랍니다.

실손보상형 담보

의료사고 법률비용, 갱신형 가족일상생활중배상책임 II

05 소비자가 반드시 알아두어야 할 상품의 주요 특성

☑ 보장성보험

보장성보험

사망·상해·
질병 등



- ① 이 보험은 **상해 및 질병보장**을 주목적으로 하는 보장성보험이며, **저축이나 연금수령을 목적으로 가입하시기에 적합하지 않습니다.**
- ② 만기 또는 중도해지 시 납입한 보험료보다 환급금이 적을 수 있습니다.

☑ 금리연동형 보험(2종에 한함)

금리연동형
적용금리
변동

최저이율보장
0.5%



- ① 이 보험의 **보험료 적립금 산출**에 적용되는 **이율**은 매월 변동됩니다.
- ② 동 **이율**은 납입한 주계약(또는 적립)보험료에서 **계약체결·유지관리에 필요한 경비 및 위험보장을 위한 보험료를 차감한 금액에 대해서만 적용**됩니다.
- ③ 이 보험의 **최저보증이율***은 연복리 **0.5%**입니다.
*자산운용이익률, 시장금리가 하락하는 경우 회사가 보증하는 적용이율의 최저한도

☑ 예금자보호제도에 관한 사항

예금자보호

예금자보호법
보도금융감독
1588-1212



이 보험은 예금자보호법에 따라 **해약환급금**(또는 만기 시 보험금)에 **기타지급금을 합한 금액이 1인당 “5천만원까지”**(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다.

이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 **합산한 금액이 1인당 “5천만원까지”** 보호됩니다.

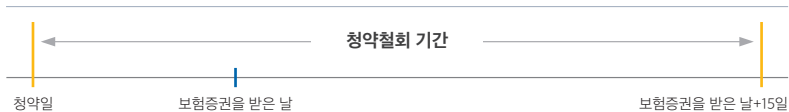
III. 보험계약의 일반사항

01

청약을 철회할 수 있는 권리

보통약관 | 제20조

보험계약자는 **보험증권을** 받은 날부터 **15일 이내**에 보험계약의 **청약을 철회**할 수 있으며, 이 경우 회사는 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드립니다.



:청약철회가 불가한 경우

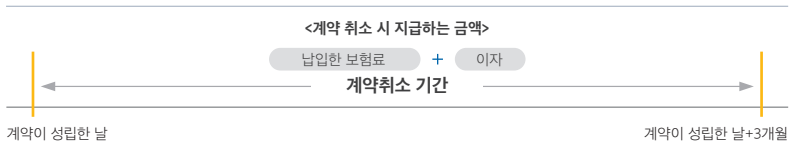
- 1 청약일부터 30일(만65세 이상 보험계약자&전화로 체결한 계약의 경우 45일)을 초과한 경우
- 2 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약

02

보험계약을 취소할 수 있는 권리

보통약관 | 제21조

보험계약자는 다음에서 계약이 성립한 날부터 **3개월 이내**에 **계약을 취소**할 수 있습니다.



- 1 보험계약을 청약할 때 **보험약관** 및 **보험계약자 보관용 청약서**를 전달받지 못한 경우
- 2 **보험약관**의 **중요내용**을 설명 받지 못한 경우
- 3 보험계약자가 청약서에 **자필서명**을 하지 않은 경우

03

보험계약의 무효

보통약관 | 제22조

보험회사는 다음의 경우 보험계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

- 1 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 보험계약에서 피보험자의 서면 동의를 얻지 않은 경우
- 2 만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유(피보험자 지정)로 한 경우
- 3 보험계약 체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우

보험계약자 또는 피보험자는 보험계약을 청약할 때 **청약서의 질문사항(중요사항)**에 대하여 사실대로 알려야 합니다.



- 1 청약서의 질문사항에 대하여 **보험설계사**에게만 구두로 알렸을 경우 **보험계약前 알릴의무를 이행한 것으로 볼 수 없습니다.**
- 2 **전화 등 통신수단을 통한 보험계약**의 경우 **보험회사 상담원의 질문이 청약서의 질문사항을 대신**하므로 상담원의 질문에 사실대로 답변하여야 합니다.



계약자
또는
피보험자

고의 또는 중과실로
사실과 다르게 알린 경우

계약 해지 가능
(회사)

보장 제한 가능
(회사)

민원 사례

A씨는 고지혈증, 당뇨병으로 90일간 투약처방 받은 사실을 보험설계사에게만 알려주고, 청약서에 기재하지 않은 채 ○○질병보험에 가입하였으며, 가입 이후 1년간 당뇨병으로 통원치료를 받아 보험금을 청구

→ 보험회사는 보험계약이 해지됨과 동시에 보험금 지급이 어려움을 안내

법률 지식

[대법원 2007.6.28.선과 2006다59837]

일반적으로 보험설계사는 독자적으로 보험회사를 대리하여 보험계약을 체결할 권한이나 고지의무를 수행할 권한이 없음

보험설계사에게
이야기 했다고요!!



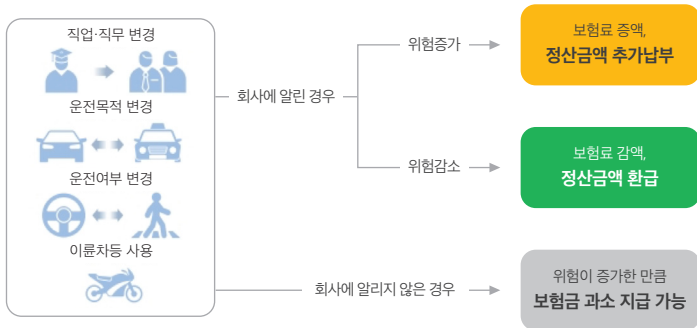
청약서 질문표에는
다르게 기재하셨네요.

보험계약자 등은 피보험자의 **직업·직무변경** 등이 발생한 경우 **지체없이** 보험회사에 알려야 하며, 이를 위반하는 경우 **보험금 지급이 제한될** 수 있습니다.

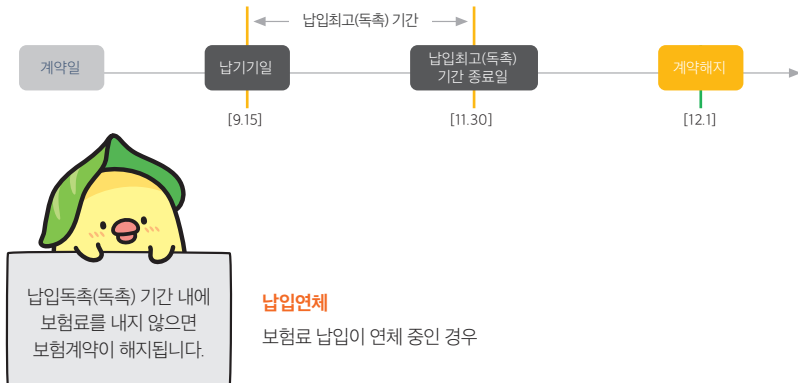


보험회사는 피보험자의 직업·직무 변경 등으로

- ① **위험이 감소**한 경우 **보험료**를 감액하고 **정산금액**을 환급하여 드리며,
- ② **위험이 증가**한 경우 **보험료**가 증액되고 **정산금액**의 **추가 납입**이 필요할 수 있습니다.



보험료 납입이 연체 중인 경우 보험회사는 납입을 독촉하는 안내를 하며,
납입최고(독촉) 기간 내에 **보험료를 납입하지 않으면 보험계약이 해지**됩니다.
 *납입최고(독촉)기간:14일 이상(보험기간 1년 미만인 경우 7일 이상)



해지된 보험계약의 부활(효력회복)

보통약관 | 제32조

보험료 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 **해약환급금**을 받지 않은 경우
해지된 날부터 **3년 이내**에 보험계약의 **부활(효력회복)**을 청약할 수 있습니다.

 보험회사는 피보험자의 건강상태, 직업 등에 따라 승낙여부를 결정하며,
부활(효력회복)을 **거절**하거나 **보장의 일부**를 **제한**할 수 있습니다.



보험계약대출

보통약관 | 제38조

보험계약자는 보험계약의 해약환급금 범위 내에서 보험계약대출을 받을 수 있습니다.

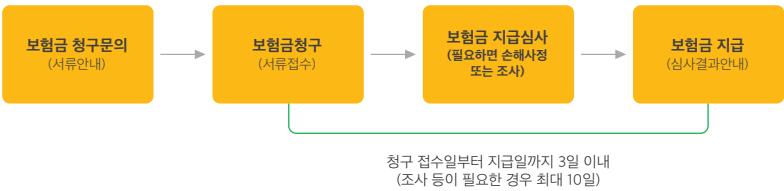
-  ❶ **상환하지 않은 보험계약대출금** 및 **이자**는 **해약환급금** 또는 **보험금**에서 **차감**될 수 있습니다.
- ❷ **순수보장성보험** 등 보험상품 종류에 따라 **보험계약대출**이 **제한**될 수 있습니다.
- ❸ 보험계약자는 대출신청 전에 **보험계약대출이율**을 반드시 **확인**하시기 바랍니다.

환급금 내역서				
해약환급금	공제금액			실수령액
	원금	이자	계	
1,000만원	500만원	5만원	505만원	495만원



보험금청구절차 및 서류

보험금은 청구서류 접수일부터 3영업일 이내에 지급하는 것이 원칙입니다.
(단, 보험금 지급사유의 조사·확인이 필요한 경우 10영업일이 소요될 수 있습니다.)



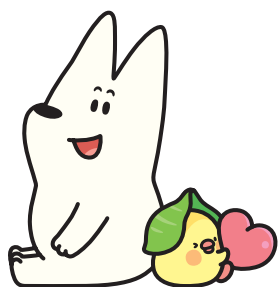
 소액 보험금 청구시 진단서 제출이 면제되는 등 청구서류가 간소화되는 경우도 있으나,
보험금청구 전에 보험회사에 제출서류를 확인하시기 바랍니다.

보험금 청구서류						
구분	진단서	입퇴원확인서	수술 확인서	통원 확인서	진단사실 확인서류	공동
사망	● (사망진단서)					청구서 신분증
장해	● (장해진단서)					
진단	●				● (검사결과지 등)	
입원	△	●				
수술	△		●			
실손	△	● (입원시)	● (수술시)	● (통원시)		

주) 보험사고의 종류, 내용 등에 따라 진료비 세부내역서 등 추가서류가 필요할 수 있습니다.

• memo •





 NH농협손해보험

무배당

NH굿스타트건강보험²⁵⁰⁴ 약관

개인신용정보 제공·이용에 대한 고객권리 안내문

1. 금융서비스의 이용 범위

가. 고객의 개인신용정보는 금융거래의 설정·유지여부 판단 목적 및 고객이 동의한 목적만으로 이용됩니다.

나. 고객은 영업장·인터넷 등 다양한 채널을 통해 금융거래를 체결하거나 금융서비스를 제공받는 과정에서 1) 금융회사가 본인의 개인 신용정보(이하 ‘본인정보’)를 제휴·부가서비스 등을 위해 제휴회사 등에 제공하는 것 및 2) 당해 금융회사가 금융상품 소개 및 구매 권유(이하 ‘마케팅’) 목적으로 이용하는 것에 대해 동의를 하지 않는 경우에도 금융거래를 체결하거나 금융서비스를 이용하실 수 있습니다. 다만, 이러한 동의를 하지 않으신 경우에는 제휴·부가 서비스 및 신상품·서비스 등을 제공받지 못할 수도 있습니다.

2. 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 상의 고객 권리

가. 본인정보의 제3자 제공사실 통보 요구

고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제35조에 따라 금융회사가 본인정보를 전국은행연합회, 손해보험협회, 신용조회 회사, 타 금융회사 등 제3자에게 제공한 경우 제공한 본인정보의 주요 내용 등을 알려주도록 금융회사에 요구할 수 있습니다.

- 신청방법

- 서 면 : 본사(서울시 서대문구 충정로 60) 또는 각 영업점
- 전 화 : 1644-9000

나. 금융거래 거절 근거 신용정보 고지 요구

고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제36조에 따라 금융회사가 전국은행연합회, 신용조회회사 등으로부터 제공받은 연체정보 등에 근거하여 금융거래를 거절·중지하는 경우에는 그 거절·중지의 근거가 된 신용정보, 동 정보를 제공한 기관의 명칭·주소·연락처 등을 고지해 줄 것을 금융회사에 요구할 수 있습니다.

다. 본인정보의 제3자 제공 및 마케팅 목적의 전화 등의 중단 요구

고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제37조에 따라 가입 신청 시 동의를 한 경우에도 본인정보를 제3자에게 제공하는 것 및 당해 금융회사가 마케팅 목적으로 본인에게 연락하는 것을 전체 또는 사안별로 중단 시킬 수 있습니다.(다만, 고객의 신용도 등을 평가하기 위해 전국은행연합회 또는 신용조회회사 등에 제공하는 것에 대해서는 중단시킬 수 없습니다.)

- 신청방법

- 서 면 : 본사(서울시 서대문구 충정로 60) 또는 각 영업점
- 전 화 : 1644-9000
- 인터넷 : <http://www.nhfire.co.kr>

- 신청자 제한 : 신규 거래고객은 계약 체결일로부터 3개월간은 신청할 수 없습니다.

라. 본인정보의 열람 및 정정 요구

고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제38조에 따라 금융회사가 보유한 본인정보에 대해 열람 청구가 가능하며, 본인 정보가 사실과 다른 경우에는 이의 정정 및 삭제를 요구할 수 있으며, 그 처리결과에 이의가 있는 경우에는 금융위원회에 시정을 요청할 수 있습니다.

- 신청방법

- 서 면 : 본사(서울시 서대문구 충정로 60) 또는 각 영업점
- 전 화 : 1644-9000
- 인터넷 : <http://www.nhfire.co.kr>

※ 「개인정보보호법」 제37조에 따라 정보주체는 개인정보처리자에 대하여 자신의 개인정보 처리정지를 요구할 수 있으며, 이 경우 개인정보처리자는 특별한 사유가 없는 한 10일 이내에 개인정보 처리의 전부 또는 일부를 정지하여야 합니다.

마. 본인정보의 무료 열람 요구

고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제39조에 따라 본인정보를 신용조회회사를 통하여 연간 일정 범위 내에서 무료로 열람할 수 있습니다. 자세한 사항은 각 신용조회회사에 문의하시기 바랍니다.

- 연락처

- 한국신용정보(주) ☎ 02-2122-4000 인터넷 www.nice.co.kr
- 서울신용평가정보(주) ☎ 1577-1006 인터넷 www.sci.co.kr
- 코리아크레딧뷰로(주) ☎ 02-708-1000 인터넷 www.kcb4u.com

바. 본인정보의 삭제 요구

고객은 「신용정보법」 제38조의3에 따라 보험거래종료 후 5년 경과한 경우 본인정보를 삭제요구 하실 수 있습니다.

- * 보험거래종료일은 1) 보험계약 만기, 해지, 취소, 철회일 또는 소멸일 및 2) 보험금 청구권 소멸시효 완성일, 채권·채무관계 소멸일 중 가장 나중에 도래한 사유를 기준으로 판단합니다.
- * 다만, 만기 등 사유발생일 이후라도 만기환급금 또는 해약환급금 등을 수령하지 않았거나 상환할 금액이 남아 있는 경우, 보험금 지급이 진행중이거나 수사·소송이 진행중인 경우 거래종료에 해당하지 않습니다.

- 신청방법

- 전화 : 1644-9000

※ NH농협손해보험의 고의 또는 과실 등 귀책사유로 인한 개인정보 유출로 고객님의게 발생한 손해에 대해 관계 법령 등에 따라 보상 받으실 수 있습니다.

3. 위의 권리행사와 관련하여 불편함을 느끼시거나 애로가 있으신 경우 아래의 담당자 앞으로 연락하여 주시기 바랍니다.

- 연락처

- 당사 개인정보정보 보호담당자
: 02-3786-7528 / 서울시 서대문구 총정로 60(미근동)
- 손해보험협회 개인정보정보 보호담당자
: 02-3702-8695 / 서울시 종로구 종로5길 68(수송동)
- 금융감독원 개인정보정보 보호담당자
: 국번없이 1332 / 서울시 영등포구 여의대로 38(여의도동)

꼭! 알아두세요

1. 이 약관내용 중 특별약관은 보험증권에 명기된 것에 한하여 적용합니다.
2. 청약서상의 주소, 성명, 생년월일 등 기재사항을 본인이 직접 정확하게 기재하셔야 하며, 내용을 충분히 확인하신 후 반드시 자필서명하여야 합니다.
3. 건강상태나 직업에 대하여 회사가 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 상세히 알려야 합니다.
4. 청약서를 기재하기 전에 보험금을 지급받을 수 있는 경우와 보험금을 지급받을 수 없는 경우를 꼭 확인하십시오.
5. 보험료를 내실 때에는 반드시 저희 회사가 발행한 보험료영수증을 받으시길 바랍니다.
6. 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 즉시 저희 회사에 알려주시기 바랍니다.

보험금 지급 절차 안내

고객님께서 가입하신 계약에 대하여 보험금 청구사유 발생시 보험금 청구서류 안내에 따라 보험금 청구서류를 회사에 접수하여 주시면 아래의 절차에 따라 신속히 처리하여 드리겠습니다.

- ☞ 보험금 청구(사고접수)는 당사 소정양식의 청구서류를 다운로드 받으신 후 작성하셔서 가까운 NH농협 영업점에 제출하시면 신속히 처리하여 드립니다.
- ☞ 홈페이지 또는 모바일로 청구하실 경우, 청구금액 100만원 이하 건에 한하여 접수 가능합니다.
- ☞ 궁금하신 사항은 NH농협손해보험 고객센터(1644-9000)로 문의하시기 바랍니다.
- ☞ 보험금 청구가 완료되면 보상처리 담당자가 지정되어 고객님의 담당자의 성명, 연락처를 SMS로 전송해 드립니다.
- ☞ 자세한 보상관련 문의사항은 보상처리 담당자에게 문의하시면 됩니다.

● 보험금 지급 절차

01 STEP	보험금 청구	사고발생 통보 및 보험금 청구를 합니다
02 STEP	청구서류 제출하기	홈페이지, 모바일앱 또는 가까운 영업점에 관련서류를 제출합니다.
03 STEP	보상팀 및 보상담당자 지정	보상처리 담당자가 지정되어 고객님의 SMS로 담당자의 성명, 연락처를 SMS로 전송해 드립니다
04 STEP	보상여부 검토·조사	보험금 지급여부를 심사합니다.
05 STEP	보험금 결정 및 지급안내	보험금이 결정되면 피보험자의 예금통장에 보험금이 입금됩니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

● 보험금 청구 소멸시효

- 보험금 청구 서류를 사고발생일로부터 3년 이내에 접수하지 않으면 청구권이 소멸됩니다.(상법 제662조)

● 보험금 지급심사 위탁

- [금융기관의 업무위탁 등에 관한 규정]에 의하면 「금융기관은 인가 등을 받은 업무를 영위함에 있어 제3자에게 업무를 위탁하거나 제3자의 업무를 수탁할 수 있다」 라고 명시하고 있습니다.

● 손해사정사 선임 및 조사

- 보험금 지급여부 결정을 위해 사고 현장조사, 병원 방문 조사등이 필요한 경우 보험업법에 따라 공인된 손해사정법인에게 조사 업무를 위탁할 수 있습니다.
- 보험계약자 등이 보험회사와 협의하여 손해사정사를 선임할 수 있습니다.
 - ※ 손해사정법인 : 보험업법에 따라 공정한 보험금 지급심사에 대한 인가를 받은 업체

● 장해진단서 제출 시 유의 사항

- 장해진단서 제출의 경우에는 가능한 3차 의료기관에서의 진단을 요청드리며, 진단 전에 보상 담당자와 협의 하시는 것이 신속한 보험금 심사에 도움이 됩니다.
 - ※ 3차 의료기관 : 500병상 이상의 대학병원, 종합병원
- 장해상태에 대하여 의료 재심사가 이루어질 수 있으며, 이 경우 비용은 보험회사가 부담합니다.

● 의료심사

- 상해, 질병보험 등에서는 약관에 따른 보험금 지급여부와 지급금액 결정을 위해 진단서, 치료관련 기록 등 제출하여 주신 서류를 기초로 해당 과별 전문의에 의한 의료심사가 시행될 수 있으며, 이 경우 비용은 보험회사가 부담합니다.

● 손해/생명 보험사간 치료비 분담 지급(비례보상 적용)

- 상해, 질병으로 인한 의료비 실비를 보상하는 상품의 경우 다른 보험회사의 가입여부에 따라 비례보상원칙을 적용하여 보험금을 지급할 수 있습니다.
- 타 보험사의 가입사항은 보험협회를 통하여 확인 가능합니다.

● 보험금 지급안내 및 심사 절차 조회 방법

- 보험금이 지급되는 경우 보험금 지급안내(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지)가 이루어집니다.
- 보험금 지급심사 결과 보험금이 지급거절 될 수 있으며, 이때에는 부지급 사유 및 근거를 제시합니다.
- 보험금 지급이 지연되는 경우에는 약관에서 정한 규정에 따라 이자를 가산하여 지급합니다.
- 농협손해보험주식회사 홈페이지에 접속하시면 계약내용 및 사고처리 진행경과 및 지급내역을 확인하실 수 있으며, 보험금 부지급 결정 및 산정내역에 이의사항이 있는 경우 아래로 연락주시면 상담하여 드립니다.

※ 대표전화 : 1644-9000

보험금 청구서류 안내

상해 및 질병 관련 청구서류

보장내역		청구서류	
공통		기본	① 보험금청구서 ② 개인(신용)정보처리동의서 ③ 신분증 사본
		추가	① 통장사본(사전 미등록 계좌)
사망	공통	선택	① 사망진단서(사체검안서) 원본 ② 사망진단서(사체검안서) 사본 및 기본증명서(사망사실 기재)
	상해	추가	① 상해입증서류
입원비	공통	선택	① 진단명(질병분류코드)·입원기간이 포함된 서류 ② 진단서
	상해	추가	① 상해입증서류
통원비	공통	선택	① 진단명(질병분류코드)·통원일(기간)이 포함된 서류 ② 진단서
	상해	추가	① 상해입증서류
수술	공통	기본	① 진단명(질병분류코드)·수술명·수술일자가 포함된 서류
	상해	추가	① 상해입증서류
후유 장해	공통	선택	① 후유장해진단서 - 일반진단서로 대체가 가능한 경우 : (일반)진단서
		추가	- 일반진단서 제출 시 추가필요서류 ② 만성신부전 : 혈액투석(최초투석일, 환자상태 기재) ③ 사지절단(절단부위 명시) : X-RAY결과지 ④ 인공관절치환술(치환일자, 부위 명시) : 수술기록지 ⑤ 비장·신장·안구적출(적출일자, 부위 명시) : 수술기록지 ⑥ 장기전절제(절제일자, 부위 명시) : 수술기록지
	상해	추가	① 상해입증서류

보장내역		청구서류	
골절	선택	① 진단명(질병분류코드)·진단일자가 포함된 서류	
		② 통원확인서·입·퇴원확인서 + X-RAY결과지	
		③ 진단서	
치료	선택	① 진단명(질병분류코드)·입원기간이 포함된 서류	
	추가	② 진단서	
		③ 상해입증서류*	
진단	공통	기본	① 진단서(진단명, 질병분류코드 포함)
	암	기본	① 조직검사결과지 - 백혈병 : 골수검사지 및 혈액검사 결과지 - 뇌/폐/췌장암 : 방사선 판독결과지(조직검사 못할 경우) - 간 : 방사선 판독결과지 및 혈액검사 결과지
		뇌졸중	① CT, MRI 등 방사선 판독 결과지
	심근 경색	기본	① 각종 검사결과지(관상동맥조영술결과지, 심전도결과지, 근효소결과검사지 등)
태아	입원	기본	① 출생증명서(또는 가족관계증명서) ② 입·퇴원확인서(또는 진단서)
	유산	기본	① 진단서
	사산	선택	① 사산증명서 ② 진단서
실손 의료	입원	기본	① 진료비계산영수증 및 진료비세부내역서
		선택	① 진단명(질병분류코드)·입원기간이 포함된 서류 ② 진단서
	통원	기본	① 진료비계산영수증 및 진료비세부내역서
		선택	① 진단명(질병분류코드)·통원일(기간)이 포함된 서류 ② 진단서

※ 상해 입증서류 예시

- ① 교통사고 : 공공기관, 손해보험사, 공제조합 사고사실확인서
- ② 산업재해 : 산업재해처리내역서 또는 보험급여지급확인서
- ③ 군인재해사고 : 공무상병인증서
- ④ 의료사고 등 법원분쟁 : 법원판결문
- ⑤ 기타 상해사고 : 공공기관 사고사실확인서
- ⑥ 확인서류 발급불가 상해사고 : 초진차트 등 증명서류, 보험금 청구서상 상해사고내용 기재
- ⑦ 자살 : 경찰서 발행 변사사실확인원

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

● 운전자 관련 청구서류

보장내역	청구서류	
공통	추가	① 통장사본(사전 미등록 계좌) ② 가족관계 확인서류
입원비/통원비	기본	① 자동차보험 보험금지급결의서 ② 진단명·입원기간이 포함된 서류 ③ 진단서
사망	선택	① 사망진단서(사체검안서) 원본
		② 사망진단서(사체검안서) 사본 및 기본증명서(사망사실 기재)
후유장해	선택	① 후유장해진단서 - 일반진단서로 대체가 가능한 경우 : (일반)진단서
	추가	- 일반진단서 제출 시 추가필요서류 ② 만성신부전 : 혈액투석(최초투석일, 환자상태 기재) ③ 사지절단(절단부위 명시) : X-RAY결과지 ④ 인공관절치환술(치환일자, 부위 명시) : 수술기록지 ⑤ 비장·신장·안구적출(적출일자, 부위 명시) : 수술기록지 ⑥ 장기전절제(절제일자, 부위 명시) : 수술기록지
자동차사고 부상치료비	기본	① 사고증명서 1. 자동차보험에서 보상받은 경우 : 해당 자동차보험의 보상처리확인서 2. 자동차보험에서 보상받지 못한 경우 (1) 경찰서에서 발행한 교통사고 사실확인원 (2) 상해등급을 판단할 수 있는 서류(진단서 등)

보장내역	청구서류	
면허정지위로금	기본	① 면허취소확인원(교육 이수 후)
		② 운전경력 증명서
면허취소위로금	추가	① 면허정지 행정처분 확인서
벌금	기본	① 벌금영수증
		② 법원 판결문 또는 약식명령문
교통사고처리지원금	기본	① 피해자진단서
		② 경찰서에 제출된 형사합의서(합의금액 명시)
		③ 공소장
		④ 공탁서 및 피해자 공탁금 출금 확인서 (미합의 시)
		⑤ 형사합의금이 입금된 내역
변호사선임비용	기본	① 판결문, 구속영장(재소·출소증명서)
		② 공소장
		③ 변호사가 발행한 세금 계산서

※ 상기 청구서류는 일반적인 보험금 청구 시 필요한 서류를 기재한 것으로서 보험수익자가 다수이거나 미성년자 또는 대리청구, 단체보험 등의 경우에는 추가서류가 필요할 수 있으므로, 보험사에 구체적인 필요서류를 문의하여 주시기 바랍니다.

※ 기타 보장내역(재물, 비용 등)의 경우 상기 서류 외 별도의 서류가 필요할 수 있으므로 보험사에 구체적인 필요서류를 문의하여 주시기 바랍니다.

- 대표전화 : 1644-9000

농협손해보험 보험가입자를 위한 안내

귀하께서는 우리 농협손해보험주식회사와 보험계약을 체결하셨습니다. 현대사회를 살아가면서 발생할 수도 있는 각종 위험에 대비하고, 미래의 풍요로운 삶을 준비하는데 반드시 필요한 경제제도인 손해보험에 가입하신 것을 저희 회사 임직원 모두가 깊이 감사드립니다.

이 보험 안내서는 귀하께서 보험에 대한 합리적인 선택을 하시는데 도움을 드리하고자 장기손해보험(연금저축손해보험 포함) 상품을 가입하시기 전에 꼭 알아두셔야 할 사항에 대하여 설명하고 있습니다. 해당사항에 대해 궁금한 점이 있으신 경우, 본사 고객센터(Tel : 1644-9000)나 인터넷 홈페이지(<http://www.nhfire.co.kr>)를 통해 문의하시면 상세히 안내하여 드리겠습니다.

- 가. 장기손해보험의 원리 및 특성
- 나. 장기손해보험상품의 유형
- 다. 장기손해보험상품의 선택방법
- 라. 장기손해보험 가입 시 유의사항
- 마. 장기손해보험가입자 보호제도

가. 장기손해보험의 원리 및 특성

- 장기손해보험계약은 당사자 일방이 약정한 보험료를 납입하고, 상대방이 재산 또는 생명이나 신체 등에 관하여 불확정한 사고가 생길 경우에 발생한 손해를 약관에서 정한 바에 따라 보상(보험금)받게 되는 경제적 준비제 도입입니다.
- 장기손해보험은 다음과 같은 특성을 가지고 있습니다.
 - ① 장기손해보험은 보험계약자가 납입한 보험료 중에서 적립보험료 부분을 회사가 보험기간 동안 소정의 적립이율로 운용하여 보험기간이 만료

되는 시점에서 보험계약자에게 만기환급금으로 지급하는 저축기능과 보험기간 동안의 위험을 보장받을 수 있는 보장기능을 겸비하고 있는 보험상품입니다.

다만, 순수보장성 보험의 경우에는 만기환급금이 없는 대신에 보험료가 저렴합니다.

- ② 보험계약은 보험계약자가 청약을 하고 보험회사가 승낙을 하면 성립합니다. 보험계약자가 청약을 하고 보험료를 납부하신 후 30일 이내에 보험회사의 거절의 통지가 없으면 보험계약이 승낙된 것으로 봅니다.
- ③ 장기손해보험의 보험료 납입은 연납을 원칙으로 하되 보험계약자의 선택에 따라 월납, 3월납, 6월납, 일시납 등으로 할 수 있습니다. 만기 시 지급하는 만기환급금의 재원으로 인하여 보험료 규모가 크고, 보험기간이 장기인 점을 감안하여 납입주기를 다양하게 선택할 수 있도록 하고 있습니다.
- ④ 보험계약자가 사정에 의하여 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 못하여 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 보험계약자에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용 등을 알려드리며, 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 보험계약은 해지됩니다.
단, 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고는 보상을 받을 수 있습니다.
- ⑤ 보험계약이 보험료납입 지연 등으로 해지되었으나, 해약환급금을 받지 아니한 경우 보험계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 승낙한 때에는 부활을 청약한 날까지의 연체보험료와 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하시면 보험계약이 부활(효력회복)됩니다.
- ⑥ 보험계약자는 해당 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사에서 정한 방법에 따라 보험계약대출을 받으실 수 있습니다. 보험계약대출은 별도의 담보가 필요 없으며, 대출을 받은 보험계약자는 회사가 정한 보험계약대출이율에 해당하는 이자를 부담하셔야 합니다. 보험계약자는 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 미상환시 회사는 보험금

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

또는 해약환급금 지급 시 제지급금과 상계할 수 있습니다.

다만, 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수 있습니다.

- ⑦ 장기보험계약의 관련자는 보험계약자, 피보험자, 보험수익자, 보험회사로 구성됩니다.

- 보험계약자는 보험계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 자입니다.
- 피보험자는 보험사고 발생의 대상이 되는 자 또는 보험금 청구권을 가지는 자입니다
- 보험수익자는 보험사고 발생 시 보험금 청구권을 가진 자입니다.
- 보험회사는 보험금 지급의무를 지는 회사를 말합니다.

나. 장기손해보험의 유형

- 장기손해보험은 통상적으로 보험사고가 발생하여 손해를 입었을 경우에 보험금을 지급받고, 만기 시에는 만기환급금을 지급받을 수 있도록 위험 보장기능과 저축기능을 겸비한 보험상품입니다.(순수보장성보험 제외) 이러한 기능을 갖는 장기손해보험은 보험소비자들의 다양한 요구에 따라 여러 가지 상품을 개발하여 판매하고 있습니다.

- 아래에 열거한 장기손해보험의 종류는 손해보험 소비자의 이해를 돕기 위해 편의상 분류한 것으로 구체적인 상품의 종류 및 내용은 저희 회사 고객센터 나 인터넷 홈페이지의 상품공시실을 통하여 쉽게 확인하실 수 있습니다.

■ 재물보험

- 화재 등으로 인해 보험의 목적인 재물에 생긴 손해를 보장하는 보험

■ 상해보험

- 일상생활중 발생할 수 있는 급격하고도 우연한 외래의 사고로 인해 신체에 상해를 입었을 경우, 그 손해를 보상해 주는 보험으로 사망·후유장해보험금, 의료비 등을 지급하는 보험

■ 운전자보험

- 운전 중 발생할 수 있는 각종 신체상해 위험과 법률관련 비용 및 기타 비용손해를 종합보장하는 보험

- 저축성보험
 - 만기 시 지급되는 보험금의 합계액이 이미 납입한 보험료를 초과하는 보험으로 위험보장과 저축기능을 겸비한 보험
- 질병보험
 - 각종 질병에 걸리거나 질병으로 인한 입원, 수술 등의 손해를 다양하게 보장하는 보험
- 간병보험
 - 활동불능 또는 인식불명 등 타인의 간병을 필요로 하는 상태 및 이로 인한 손해를 보장하는 보험
- 연금저축손해보험
 - 일정연령 이후에 생존하는 경우, 생활연금의 지급을 주된 목적으로 하는 보험

다. 장기손해보험상품의 선택방법

저희 회사는 보험소비자의 다양한 요구를 충족시키고자 여러 가지 유형의 상품을 개발하여 판매하고 있습니다. 이러한 여러 가지 유형의 상품 중에서 다음 사항을 고려하셔서 상품을 선택하시기 바랍니다.

- 보험에 가입하고자 하는 목적이 무엇인지를 고려하십시오.
보험에 가입하고자 하는 목적이 재산에 발생할 위험보장인지, 상해나 질병 등의 신체위험에 대한 보장인지 또는 재산증식이나 노후의 생활자금을 보장받을 목적인지 등 가입목적에 고려하여 선택하시기 바랍니다.
- 각종 위험에 대한 보험가입금액이 적정한지를 고려하십시오.
각종 사고로 인하여 재산에 손해가 발생할 때 또는 경제적 능력이 상실되었을 때 재산피해에 대한 복구비, 가족의 생계비, 의료비 등 필요한 비용 수준을 고려하여 보험가입금액을 선택하시기 바랍니다. 그러나 보험상품은 보험가입금액이 커지면 보험회사에 납입해야 하는 보험료도 커지기 때문에 현재 또는 가까운 장래의 경제사정 등을 함께 감안하셔서 적절한 보험가입금액을 선택하시기 바랍니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- 가입을 원하시는 상품의 보험료와 보험금 등을 비교하셔야 하는데, 보험료는 다음과 같은 요인에 따라 변동될 수 있습니다.
 - 가입하실 보험상품의 손해의 범위(일반상해, 교통상해 등), 보험금 지급 기준 및 지급방법(О배 보상, О회 분할지급, О배 체증지급) 등에 따라 보험료가 달라집니다.
 - 보험기간 중 또는 보험기간이 끝난 후 회사가 지급을 약정한 환급금(중도·만기환급금)의 규모에 따라 보험료가 달라집니다.
 - 회사가 보험료를 받고 미래에 발생한 사고에 대한 보험금 또는 중도 환급금, 만기환급금을 지급할 때까지 적용하기로 한 이율에 따라 보험료가 달라집니다. 이율이 낮을수록 보험료가 올라갑니다.

위에서 설명한 내용은 저희 회사 홈페이지 「상품공시실(상품요약서)」 또는 「가격공시실」 등에서 구체적으로 확인하실 수 있으며, 원하실 경우 저희 회사에 직접 방문하시어 보험상품과 관련된 기초서류 등을 열람하실 수도 있습니다.

라. 장기손해보험상품 가입시 유의사항

보험계약을 청약하실 때는 보험약관상 보험계약자의 권리나 의무사항을 반드시 확인하시고, 다음 사항에 유의하시기 바랍니다.

- 보험계약자의 자필서명
청약서는 보험계약자 본인이 작성하고 자필서명을 하셔야 합니다. 보험계약을 체결할 때 청약서 작성내용(고지내용)에 대해 보험설계사 등에게 구두로 알린 경우에는 보험금을 지급받지 못하는 등 불이익을 받으실 수도 있으므로 청약서는 보험계약자 본인이 직접 작성하시고, 서명란에도 보험계약자 본인 및 피보험자가 자필서명을 하셔야 합니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷을 이용한 사이버 몰에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

● 계약 전 알릴의무 및 계약 후 알릴의무

보험에 가입하실 때 청약서상의 질문사항에 대하여 사실대로 기재하셔야 하며, 보험계약기간 중 피보험자의 직업 또는 직무변경으로 인한 위험증가 및 주소변경, 운전목적변경 등 보험약관에 정한 계약 후 알릴 의무사항이 발생하였을 경우 지체없이 회사에 알려주시고 보험증권에 확인을 받으셔야 합니다.

■ 보험에 가입하실 때(계약 전 알릴의무 : 고지의무)

피보험자의 직업, 직무, 과거병력 등 청약서상 질문사항은 보험료 산정이나 보험계약의 인수에 중요한 자료가 됩니다. 따라서 보험계약 청약 시 보험계약자 및 피보험자는 청약서상의 질문사항(고지사항)에 대하여 사실대로 알려주셔야 합니다.

만약 사실대로 알리지 않거나 사실과 다르게 알렸을 경우, 보험 가입이 거절될 수 있으며, 특히 그 내용이 「중요한 사항」에 해당하는 경우에는 계약이 해지되거나 보장이 제한될 수 있습니다.

※ 중요한 사항 : 회사가 그 사실을 알았더라면 보험계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도제한, 일부특약 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약인수에 영향을 미치는 사항

■ 보험에 가입하신 후(계약 후 알릴의무 : 통지의무)

계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자에게 아래와 같이 변경이 발생한 경우에는 지체없이 서면으로 저희 회사에 알려주시고 보험증권에 확인을 받으셔야 합니다.

- 보험증권 등에 기재된 직업 또는 직무를 변경한 때
- 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
- 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
- 이론자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우
- 건물 내에서 영위하는 직업 또는 작업의 내용이 바뀐 경우
- 상기 이외의 위험이 뚜렷이 변경된 경우

보험계약자 등은 주소 또는 연락처가 변경된 경우, 그 변경내용을 지체없이 저희 회사에 알려 주셔야 합니다. 만일 알리지 않으신 경우, 보험계약자 등이 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 방법에 의해 보험계약자에게 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 보험계약자 등에게 도달된 것으로 봅니다.

● 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약해지

- 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 계약자(재물, 배상책임 손해 관련 보장에서 타인을 위한 계약의 경우 그 특정된 타인을 포함합니다)에게 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

- 회사가 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자(재물, 배상책임 손해 관련 보장에서 타인을 위한 계약의 경우 그 특정된 타인을 포함합니다)가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 납입최고(독촉)와 계약해지에 관한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

- 회사가 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4-36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.

1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화 (음성

녹음) 방법으로 전환하여 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것

4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것

■ 보험료 납입 연체로 인해 계약이 해지된 경우에는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

계약의 무효

다음의 한 가지 사유에 해당하는 경우, 회사는 보험계약을 무효로 할 수 있습니다.

- 계약을 체결할 때 보험의 목적에 이미 손해가 발생한 경우
- 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 보험계약에서 보험계약 체결시까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우(단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우는 제외)
- 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
- 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나 상기 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

사기 등에 의한 보험계약의 체결

보험금을 부당하게 수취할 목적으로 자신 및 타인의 신체나 생명을 해치는 행위는 보험범죄로서 사법당국의 철저한 조사에 의해 반드시 적발되어 처벌을 받게 되며, 이 경우 보험금을 지급받을 수 없습니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

● 중도해지시 고려하여야 할 사항

- 보험계약자가 납입하는 보험료의 일부는 불의의 사고를 당한 다른 보험계약자의 보험금으로 지급되고, 또 다른 일부는 회사의 보험계약 체결 및 유지, 관리에 필요한 사업경비로 사용되므로 중도에 보험계약을 해지하는 경우 지급되는 해약환급금은 이미 납입한 보험료보다 적을 수도 있고, 없을 수도 있습니다.
- 보험계약 해지 후 새로운 보험계약을 체결하게 되는 경우 연령이나 건강상태 등에 따라 보험료가 높아지거나, 보험가입이 곤란할 수도 있습니다.

마. 장기손해보험가입자 보호제도

● 품질보증제도

보험계약자가 보험가입시 보험약관과 계약자 보관용 청약서를 전달받지 못하였거나 청약서에 자필서명을 하지 않았을 경우, 약관의 중요한 내용을 설명받지 못하였을 때에는 청약일로부터 3개월 이내에 회사에 보험계약의 취소를 요구할 수 있는 「품질보증제도」를 운영하고 있습니다.

계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료와 보험료를 받은 기간에 대하여 해당 보험약관에서 약정한 이율로 계산한 금액을 더하여 되돌려 드립니다. 다만, 전자거래기본법에 의해 컴퓨터를 이용하여 가상의 영업장(사이버몰)을 이용하여 계약을 체결한 때에는 전자우편 등의 방식을 통해 계약자 보관용 청약서를 드릴 수 있으며, 전화를 이용하여 계약을 체결한 때에는 대화내용을 문서화한 확인서를 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 드린 것으로 봅니다.

● 청약철회 청구제도

- 일반금융소비자인 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제46조 및 관련 법규가 정하는 바에 따라 보험증권을 받은 날 부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 청약 한 날부터 30일(만65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일)

이 초과된 계약, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

- 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사 표시(이하 '서면 등'이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다.
- 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 보험금의 지급절차에서 보험금 지급이 지연되는 경우 적용되는 이자율을 적용하여 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.
- 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.
- 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

● 보험계약대출제도

보험계약자는 해당 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 보험계약대출을 받으실 수 있습니다(순수보장성보험 제외). 이 경우 보험계약자는 회사가 정한 이율(보험계약대출이율)에 따라 대출이자를 부담하셔야 합니다.

● 해지계약의 부활(효력회복)

보험료 납입연체로 인해 보험계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우, 보험계약자는 해지된 날로부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 보험계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙하면 보험계약자는 연체보험료에 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하고 보험계약을 부활(효력회복)시킬 수 있습니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험²⁵⁰⁴ 약관

● 예금자보호제도 안내

- 이 보험계약은 예금자보호법에 따라 예금보험공사가 보호하되, 해약 환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1인당 “5천만원까지”(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 “5천만원까지” 보호됩니다.

다만, 보험계약자 및 보험료 납부자가 법인이면 보호되지 않습니다.

- 위 내용은 예금자보호법 및 관련 법령의 개정에 따라 달라질 수 있음을 알려드리며, 자세한 내용은 영업점에 비치된 예금자보호 안내책자 등을 참고하거나 예금보험공사(☎1588-0037, www.kdic.or.kr)로 문의하시기 바랍니다.

● 손해보험계약의 제3자보호제도

손해보험회사의 청산 또는 파산 시 예금자보호법상 보장한도인 5천만원을 초과하는 손해보험 피해자의 피해액에 대하여 손해보험회사들이 사후적으로 기금을 출연·지급을 보장하는 제도입니다. 적용대상이 되는 보험계약은 보험업법 시행령 제80조에서 규정하고 있는 의무보험 등이며, 지급 보장 대상은 피해자가 입은 신체손해(재물손해는 제외)로 하고, 보장한도는 개별법령의 보장한도에서 예금자보호법상의 보장금액을 제외한 전액을 보장합니다.

자주 발생하는 민원(예시)



□ 고지의무 관련

사례	평소 앓고 있던 질환에 대해 가입당시 모집인에게 구두로 이야기했으나, 보험사에서는 해당질환을 계약 전 알릴의무에 기재하지 않았다는 이유로 보험금 지급을 거절하고 계약을 강제 해지하는 것은 부당하다며 불만을 제기
유의 사항	보험회사가 서면으로 질문한 ‘계약 전 알릴의무’는 중요한 내용으로 피보험자는 사실대로 작성해야 할 의무가 있습니다.

□ 해약환급금 관련

사례	A씨는 해약환급금 미지급형 상품을 20년납으로 가입하여 꾸준히 납입하다가 15년 후 개인사유로 보험계약을 해지하였으나, 해약환급금이 없는 것에 대해 불만을 제기
유의 사항	해약환급금 미지급형 상품의 경우 납입기간 동안 해지 시 해약환급금이 없는 반면 저렴한 보험료로 가입하실 수 있습니다.

□ 계약 변경 관련

사례	해약환급금 미지급형 상품을 가입한 B씨는 가입한 담보 중 일반상해수술비의 가입금액을 증액하고자 했으나 불가한 것에 대해 불만을 제기
유의 사항	해약환급금 미지급형 상품의 경우 보험종목, 보험기간, 보험료 납입기간, 피보험자 변경, 보험가입금액 증액 및 보장 추가 신청은 불가합니다.

□ 보험료 정산 관련

사례	C씨는 태아보험 가입 후 자녀 출생 시 정산절차에 관하여, 자세한 설명을 요구
유의 사항	어린이보험 가입 시 피보험자가 태아일 경우 보험료는 남자 보장부분 영업보험료의 합계액과 여자 보장부분 영업보험료의 합계액 중 높은 보험료를 기준으로 적용합니다. 이후 자녀 출생 후 출생통지에 의해 계약체결시 적용한 성별과 출생시 성별이 다른 경우, 출생예정일과 출생일이 다른 경우 보험료 정산이 이루어지며, 회사가 지급하여야 할 금액이 있을 때는 이를 지급해드리고, 만일 부족한 금액이 있을 때는 그 금액을 회사에 납입하셔야 합니다.

□ 수술비 지급 관련

사례	C씨는 유리에 상처를 입어 피부에 손상이 발생하여 피부봉합 수술 후 상해수술비 청구하였으니 보험금 지급이 되지 않아 불만을 제기
유의 사항	근육층을 포함하지 않는 피부만의 단순봉합술은 수술에 해당되지 않아 상해수술비는 지급되지 않습니다.



목 차

● 가입자 유의사항	46
● 주요내용 요약서	49
● 보험용어 해설	56

(무)NH굿스타트건강보험²⁵⁰⁴ 보통약관(1종, 2종)



1종(해약환급금미지급형Ⅱ(납입중0%, 납입후50%))

2종(표준형)

제1관 목적 및 용어의 정의	59
제1조(목적)	59
제2조(용어의 정의)	59
제2관 보험금의 지급	62
제3조(보험금의 지급사유)	62
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)	63
제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)	64
제6조(보험금 지급사유의 통지)	65
제7조(보험금의 청구)	66
제8조(보험금의 지급절차)	66
제9조(공시이율의 적용 및 공시)	68
제10조(만기환급금의 지급)	69
제11조(보험금 받는 방법의 변경)	70
제12조(주소변경통지)	70
제13조(보험수익자의 지정)	70
제14조(대표자의 지정)	71

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	71
제15조(계약 전 알릴 의무)	71
제16조(상해보험계약 후 알릴 의무)	73
제17조(알릴 의무 위반의 효과)	75
제18조(사기에 의한 계약)	77
제4관 보험계약의 성립과 유지	77
제19조(보험계약의 성립)	77
제20조(청약의 철회)	79
제21조(약관교부 및 설명의무 등)	80
제22조(계약의 무효)	82
제23조(계약내용의 변경 등)	84
제24조(보험나이 등)	85
제25조(계약의 소멸)	86
제5관 보험료의 납입	87
제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)	87
제27조(제2회 이후 보험료의 납입)	88
제28조(보험료의 납입면제)	88
제29조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)	91
제30조(보험료의 자동대출납입)	96
제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	97
제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	98
제33조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))	99
제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등	100
제34조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)	100
제34조의2(위법계약의 해지)	101
제35조(중대사유로 인한 해지)	102
제36조(회사의 파산선고와 해지)	102
제37조(해약환급금)	102
제38조(보험계약대출)	104
제39조(중도인출)	104
제40조(배당금의 지급)	105

제7관 분쟁의 조정 등	105
제41조(분쟁의 조정)	105
제42조(관할법원)	106
제43조(소멸시효)	106
제44조(약관의 해석)	106
제45조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)	107
제46조(회사의 손해배상책임)	107
제47조(개인정보보호)	108
제48조(준거법)	108
제49조(예금보험에 의한 지급보장)	108

(무)NH굿스타트건강보험2504 특별약관



I. 상해관련 특별약관

[1종, 2종] 1-1. 일반상해사망보장 특별약관	109
[1종, 2종] 1-2. 일반상해사망(연만기형)보장 특별약관	111
[1종, 2종] 1-3. 일반상해후유장해(50%이상)보장 특별약관, 일반상해후유장해(50%이상)(태아보장)보장 특별약관	113
[1종, 2종] 1-4. 교통상해후유장해(80%이상)(비운전자)보장 특별약관	115
[1종, 2종] 1-5. 교통상해후유장해(80%미만)(비운전자)보장 특별약관	119
[1종, 2종] 1-6. 스포츠활동중 상해후유장해(80%이상)보장 특별약관	123
[1종, 2종] 1-7. 스포츠활동중 상해후유장해(80%미만)보장 특별약관	126
[1종, 2종] 1-8. 통합상해진단비(연간1회한)보장 특별약관, 통합상해진단비(연간1회한)(태아보장)보장 특별약관	128
[1종, 2종] 1-9. 골절진단비보장 특별약관	131
[1종, 2종] 1-10. 골절진단비(치아파절제외)보장 특별약관	132
[1종, 2종] 1-11. 골절진단비(출산시골절포함)보장 특별약관, 골절진단비(출산시골절포함)(태아보장)보장 특별약관	133

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

[1종, 2종] 1-12. 골절진단비(치아파절제외)(출산시골절포함)보장 특별약관, 골절진단비(치아파절제외)(출산시골절포함)(태아보장)보장 특별약관	135
[1종, 2종] 1-13. 5대골절진단비보장 특별약관, 5대골절진단비(태아보장)보장 특별약관	137
[1종, 2종] 1-14. 화상진단비보장 특별약관	138
[1종, 2종] 1-15. 중대한 화상 및 부식진단비보장 특별약관	139
[1종, 2종] 1-16. 아나필락시스쇼크진단비(연간1회한)보장 특별약관	141
[2종] 1-17. 성장판손상골절진단비 보장 특별약관, 성장판손상골절진단비 (태아보장)보장 특별약관	143
[1종, 2종] 1-18. 일반상해수술비보장 특별약관, 일반상해수술비(태아보장)보장 특별약관	145
[1종, 2종] 1-19. 일반상해수술비Ⅱ보장 특별약관, 일반상해수술비Ⅱ (태아보장)보장 특별약관	148
[1종, 2종] 1-20. 일반상해수술비(1-5종)보장 특별약관, 일반상해수술비 (1-5종)(태아보장)보장 특별약관	152
[1종, 2종] 1-21. 일반상해수술비(1-8종)(시술포함)(급여)보장 특별약관, 일반상해수술비(1-8종)(시술포함)(급여)(태아보장)보장 특별약관	156
[1종, 2종] 1-22. 일반상해통원수술비(당일입원포함) 특별약관, 일반상해통원수술비(당일입원포함)(태아보장) 특별약관	163
[1종, 2종] 1-23. 일반상해입원수술비(당일입원제외) 특별약관, 일반상해입원수술비(당일입원제외)(태아보장) 특별약관	166
[1종, 2종] 1-24. 중대한 특정상해수술비보장 특별약관	170
[1종, 2종] 1-25. 골절수술비보장 특별약관	173
[1종, 2종] 1-26. 골절수술비(출산시골절포함)보장 특별약관, 골절수술비 (출산시골절포함)(태아보장)보장 특별약관	176
[1종, 2종] 1-27. 5대골절수술비보장 특별약관, 5대골절수술비(태아보장)보장 특별약관	178
[1종, 2종] 1-28. 화상수술비보장 특별약관	181
[1종, 2종] 1-29. 상해흉터복원수술비보장 특별약관	184
[1종, 2종] 1-30. 외모특정상해(머리,목)수술비보장 특별약관	187
[1종, 2종] 1-31. 일반상해재활치료비(급여)(1일1회한,연간15회한)보장 특별약관 ·	190
[1종, 2종] 1-32. 일반상해재활치료비(급여)(1일1회한,연간30회한)보장 특별약관	193

[1종, 2종] 1-33. 일반상해재활치료비(급여)(1일1회한,연간60회한)보장 특별약관	196
[1종, 2종] 1-34. 자동차사고 부상치료비(비운전자)보장 특별약관	199
[1종, 2종] 1-35. 골절부목치료비보장 특별약관, 골절부목치료비(태아보장)보장 특별약관	203
[1종, 2종] 1-36. 창상봉합술치료비(1일1회한,연간3회한)보장 특별약관, 창상봉합술치료비(1일1회한,연간3회한)(태아보장)보장 특별약관	204
[1종, 2종] 1-37. 창상봉합술치료비(안면부)(1일1회한,연간3회한)보장 특별약관, 창상봉합술치료비(안면부)(1일1회한,연간3회한)(태아보장)보장 특별약관	207
[1종, 2종] 1-38. 주요관절손상수술치료비(급여)(연간1회한)보장 특별약관	210
[2종] 1-39. 폭력상해치료비보장 특별약관	212
[1종, 2종] 1-40. 일반상해입원일당(1일이상180일한도)보장 특별약관, 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(태아보장)보장 특별약관	214
[1종, 2종] 1-41. 일반상해입원일당(181일이상365일한도)(요양/정신/ 한방병원제외)보장 특별약관	216
[1종, 2종] 1-42. 일반상해입원일당(중환자실,1일이상180일한도)보장 특별약관, 일반상해입원일당(중환자실,1일이상180일한도)(태아보장)보장 특별약관	219
[1종, 2종] 1-43. 일반상해입원일당(종합병원,1일이상 180일한도)보장 특별약관, 일반상해입원일당(종합병원,1일이상 180일한도)(태아보장)보장 특별약관	222
[1종, 2종] 1-44. 일반상해입원일당(종합병원,1인실,1일이상30일한도)보장 특별약관, 일반상해입원일당(종합병원,1인실,1일이상30일한도)(태아보장) 보장 특별약관	226
[1종, 2종] 1-45. 일반상해입원일당(종합병원,2~3인실,1일이상30일한도) 보장 특별약관, 일반상해입원일당(종합병원,2~3인실,1일이상30일한도) (태아보장)보장 특별약관	230
[1종, 2종] 1-46. 일반상해입원일당(종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)보장 특별약관, 일반상해입원일당(종합병원,4~5인실,1일이상30일한도) (태아보장)보장 특별약관	234
[1종, 2종] 1-47. 일반상해입원일당(상급종합병원,1일이상180일한도)보장 특별약관, 일반상해입원일당(상급종합병원,1일이상180일한도)(태아보장)보장 특별약관	238
[1종, 2종] 1-48. 일반상해입원일당(상급종합병원,1인실,1일이상60일한도)보장 특별약관, 일반상해입원일당(상급종합병원,1인실,1일이상60일한도)	

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

(태아보장)보장 특별약관	244
[1종, 2종] 1-49. 일반상해입원일당(상급종합병원, 2~3인실, 1일이상30일한도) 보장 특별약관, 일반상해입원일당(상급종합병원, 2~3인실, 1일이상30일한도) (태아보장)보장 특별약관	248
[1종, 2종] 1-50. 일반상해입원일당(상급종합병원, 4~5인실, 1일이상30일한도) 보장 특별약관, 일반상해입원일당(상급종합병원, 4~5인실, 1일이상30일한도) (태아보장)보장 특별약관	252
[1종, 2종] 1-51. 간병인사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도) (요양병원제외)보장 특별약관	257
[1종, 2종] 1-52. 간병인사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도) (요양병원)보장 특별약관	261
[1종, 2종] 1-53. 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도) (요양병원제외)보장 특별약관, 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원일당 (1일이상180일한도)(요양병원제외)(태아보장)보장 특별약관	265
[1종, 2종] 1-54. 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도) (종합병원)보장 특별약관, 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원일당 (1일이상180일한도)(종합병원)(태아보장)보장 특별약관	269
[1종, 2종] 1-55. 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도) (상급종합병원)보장 특별약관, 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원일당 (1일이상180일한도)(상급종합병원)(태아보장)보장 특별약관	274
[1종, 2종] 1-56. 일반상해입원후통원일당(3일이상계속입원, 20일한도) 특별약관, 일반상해입원후통원일당(3일이상계속입원, 20일한도)(태아보장) 특별약관	279

II. 질병관련 특별약관

[1종, 2종] 2-1. 질병사망보장 특별약관	284
[1종, 2종] 2-2. 질병사망(연만기형)보장 특별약관	285
[1종, 2종] 2-3. 질병후유장해(80%이상)보장 특별약관, 질병후유장해(80%이상) (태아보장)보장 특별약관	286
[1종, 2종] 2-4. 질병후유장해(80%미만)보장 특별약관, 질병후유장해(80%미만) (태아보장)보장 특별약관	289
[1종, 2종] 2-5. 질병후유장해(50%이상)보장 특별약관, 질병후유장해(50%이상)	

(태아보장)보장 특별약관	291
[1종, 2종] 2-6. 암후유장해(3~100%)보장 특별약관, 암후유장해(3~100%) (태아보장)보장 특별약관	294
[1종, 2종] 2-7. 2대질병후유장해(3~100%)보장 특별약관, 2대질병후유장해 (3~100%)(태아보장)보장 특별약관	299
[1종, 2종] 2-8. 암진단비(유사암제외)보장 특별약관, 암진단비(유사암제외) (태아보장)보장 특별약관	303
[1종, 2종] 2-9. 유사암진단비보장 특별약관, 유사암진단비(태아보장)보장 특별약관	307
[1종, 2종] 2-10. 암진단비(유사암제외)(체증형)보장 특별약관, 암진단비(유사암제외)(태아보장)(체증형)보장 특별약관	309
[1종, 2종] 2-11. 유사암진단비(체증형)보장 특별약관, 유사암진단비(태아보장) (체증형)보장 특별약관	314
[1종, 2종] 2-12. 통합암진단비(유사암제외)보장 특별약관	317
[1종, 2종] 2-13. 특정5대암진단비(식도·췌장·골·뇌 및 중추신경계통·혈액암)보장 특별약관, 특정5대암진단비(식도·췌장·골·뇌 및 중추신경계통·혈액암)(태아보장)보장 특별약관	322
[1종, 2종] 2-14. 중증갑상선암진단비 특별약관	326
[1종, 2종] 2-15. 전이암진단비 보장 특별약관	329
[1종, 2종] 2-16. 통합전이암진단비(유사암제외)보장 특별약관	333
[1종, 2종] 2-17. 기타피부암및갑상선암의전이암진단비보장 특별약관	339
[1종, 2종] 2-18. 보험료납입지원(유사암진단)보장 특별약관	342
[1종, 2종] 2-19. 양성뇌종양진단비Ⅱ 보장 특별약관, 양성뇌종양진단비Ⅱ (태아보장)보장 특별약관	346
[1종, 2종] 2-20. 위·십이지장 양성신생물(폴립포함)진단비(연간1회한)보장 특별약관	348
[1종, 2종] 2-21. 대장 양성신생물(폴립포함)진단비(연간1회한)보장 특별약관 ...	350
[1종, 2종] 2-22. 뇌출혈진단비보장 특별약관	352
[1종, 2종] 2-23. 뇌졸중진단비보장 특별약관	354
[1종, 2종] 2-24. 뇌혈관질환진단비보장 특별약관	356
[1종, 2종] 2-25. 특정뇌혈관질환진단비보장 특별약관, 특정뇌혈관질환진단비 (태아보장)보장 특별약관	358

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

[1종, 2종] 2-26. 뇌출혈진단비(신생아뇌출혈포함)보장 특별약관, 뇌출혈진단비(신생아뇌출혈포함)(태아보장)보장 특별약관	360
[1종, 2종] 2-27. 뇌졸중진단비(신생아뇌출혈포함)보장 특별약관, 뇌졸중진단비(신생아뇌출혈포함)(태아보장)보장 특별약관	362
[1종, 2종] 2-28. 뇌혈관질환진단비(신생아뇌출혈포함)보장 특별약관, 뇌혈관질환진단비(신생아뇌출혈포함)(태아보장)보장 특별약관	365
[1종, 2종] 2-29. 뇌전증진단비보장 특별약관	367
[1종, 2종] 2-30. 급성심근경색증진단비보장 특별약관, 급성심근경색증진단비(태아보장)보장 특별약관	369
[1종, 2종] 2-31. 허혈성심장질환진단비보장 특별약관, 허혈성심장질환진단비(태아보장)보장 특별약관	371
[1종, 2종] 2-32. 특정허혈성심장질환진단비보장 특별약관, 특정허혈성심장질환진단비(태아보장)보장 특별약관	373
[1종, 2종] 2-33. 심혈관특정질환 I 진단비보장 특별약관, 심혈관특정질환 I 진단비(태아보장)보장 특별약관	375
[1종, 2종] 2-34. 심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)진단비, 심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)진단비(태아보장)보장 특별약관	377
[1종, 2종] 2-35. 특정순환계질환진단비(1~5종)(당뇨병및이상지질혈증포함) 보장 특별약관	379
[1종, 2종] 2-36. 특정순환계질환진단비(2~5종)보장 특별약관	382
[1종, 2종] 2-37. 특정순환계질환진단비(3~5종) 보장 특별약관	385
[1종, 2종] 2-38. 특정순환계질환진단비(4~5종)보장 특별약관	387
[1종, 2종] 2-39. 특정순환계질환진단비(5종) 보장 특별약관	389
[1종, 2종] 2-40. 심근병증진단비보장 특별약관, 심근병증진단비(태아보장) 보장 특별약관	392
[1종, 2종] 2-41. 주요심장염증질환진단비보장, 주요심장염증질환진단비 (태아보장)보장 특별약관	394
[1종, 2종] 2-42. 중대한 재생불량성빈혈진단비보장 특별약관	396
[1종, 2종] 2-43. 만성당뇨합병증진단비보장 특별약관	398
[1종, 2종] 2-44. 말기신부전증진단비보장 특별약관	400
[1종, 2종] 2-45. 특정감상선기능저하증진단비(최초1회한)보장 특별약관 ...	402
[1종, 2종] 2-46. 결핵진단비보장 특별약관	404

[1종, 2종] 2-47. 특정패혈증진단비	407
[2종] 2-48. 다발성소아암진단비보장 특별약관, 다발성소아암진단비 (태아보장)보장 특별약관	408
[2종] 2-49. 소아백혈병진단비보장 특별약관, 소아백혈병진단비(태아보장) 보장 특별약관	411
[1종] 2-50. 대상포진진단비보장 특별약관	414
[2종] 2-51. 대상포진진단비보장 특별약관	415
[1종] 2-52. 대상포진노병진단비보장 특별약관	417
[2종] 2-53. 대상포진노병진단비보장 특별약관	419
[2종] 2-54. 특정9대감염병진단비(연간1회한)보장 특별약관, 특정9대감염병치료비(연간1회한)(태아보장)보장 특별약관	421
[2종] 2-55. 중증세균성수막염진단비보장 특별약관	422
[2종] 2-56. 심장관련소아특정질병진단비보장 특별약관	425
[2종] 2-57. ADHD진단비보장 특별약관	427
[2종] 2-58. 성조숙증진단비보장 특별약관	429
[2종] 2-59. 중증아토피진단비보장 특별약관	432
[2종] 2-60. 중증틱장애진단비 보장 특별약관	434
[2종] 2-61. 특정언어장애및말더듬증진단비(연간1회한)보장 특별약관	436
[2종] 2-62. 특정정신장애진단비(연간1회한) 보장 특별약관	438
[2종] 2-63. 뇌하수체기능저하진단비 특별약관, 뇌하수체기능저하진단비 (태아보장) 특별약관	440
[1종, 2종] 2-64. 질병수술비보장 특별약관, 질병수술비(태아보장)보장 특별약관	441
[1종, 2종] 2-65. 질병수술비(경증질환제외)보장 특별약관, 질병수술비(경증질환제외)보장(태아보장) 특별약관	446
[1종, 2종] 2-66. 질병수술비(4대특정질병제외)보장 특별약관, 질병수술비(4대특정질병제외)(태아보장)보장 특별약관	450
[1종, 2종] 2-67. 질병수술비(상급종합병원)보장 특별약관, 질병수술비(상급종합병원)(태아보장)보장 특별약관	455
[1종, 2종] 2-68. 질병통원수술비(당일입원포함) 특별약관, 질병통원수술비(당일입원포함)(태아보장) 특별약관	460
[1종, 2종] 2-69. 질병입원수술비(당일입원제외) 특별약관,	

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

질병입원수술비(당일입원제외)(태아보장) 특별약관	464
[1종, 2종] 2-70. 질병수술비(1-5종)Ⅱ보장 특별약관, 질병수술비(1-5종)Ⅱ(태아보장)보장 특별약관	469
[1종, 2종] 2-71. 질병수술비(1~8종)(시술포함)(급여)보장 특별약관, 질병수술비(1~8종)(시술포함)(급여)(태아보장)보장 특별약관	474
[1종, 2종] 2-72. 144대질병수술비보장 특별약관, 144대질병수술비(태아보장)보장 특별약관	480
[1종, 2종] 2-73. 암수술비(유사암제외)보장 특별약관, 암수술비(유사암제외)(태아보장)보장 특별약관	486
[1종, 2종] 2-73-1. 유사암수술비보장 특별약관, 유사암수술비(태아보장) 보장 특별약관	491
[1종, 2종] 2-74. 뇌혈관질환수술비보장 특별약관, 뇌혈관질환수술비(태아보장)보장 특별약관	496
[1종, 2종] 2-75. 허혈성심장질환수술비보장 특별약관	498
[1종, 2종] 2-76. 특정순환계질환수술비(1-5종)(당뇨병및이상지질혈증포함) 보장 특별약관	501
[1종, 2종] 2-77. 관상동맥성형술(급여)(연간1회한)보장 특별약관	505
[1종, 2종] 2-78. 뇌정위적방사선수술비(급여, 연간1회한)보장 특별약관 ..	507
[1종, 2종] 2-79. 조혈모세포이식수술비보장 특별약관	509
[1종, 2종] 2-80. 특정5대기관양성신생물(폴립포함)수술비(연간1회한)보장 특별약관	512
[1종, 2종] 2-81. 충수염수술비보장 특별약관	515
[1종, 2종] 2-82. 호흡기관관련질병수술비보장 특별약관	517
[1종, 2종] 2-83. 시정각질환수술비보장 특별약관	520
[1종, 2종] 2-84. 백내장수술비보장 특별약관	523
[1종, 2종] 2-85. 녹내장수술비보장 특별약관	526
[1종, 2종] 2-86. 관절염수술비보장 특별약관	529
[1종, 2종] 2-87. 골다공증수술비보장 특별약관	532
[1종, 2종] 2-88. 인공와우이식수술비 특별약관, 인공와우이식수술비(태아보장) 특별약관	534
[2종] 2-89. 어린이심장개흉수술및특정시술비보장 특별약관, 어린이심장개흉수술및특정시술비(태아보장)보장 특별약관	538

[2종] 2-90. 모야모야병개두수술비보장 특별약관	542
[2종] 2-91. 소아탈장수술비보장 특별약관, 소아탈장수술비(태아보장)보장 특별약관	544
[2종] 2-92. 사시수술비 보장 특별약관	547
[1종, 2종] 2-93. 질병재활치료비(급여)(1일 1회한,연간15회한)보장 특별약관 ...	550
[1종, 2종] 2-94. 질병재활치료비(급여)(1일 1회한,연간30회한)보장 특별약관 ..	553
[1종, 2종] 2-95. 질병재활치료비(급여)(1일 1회한,연간60회한)보장 특별약관 ...	557
[1종, 2종] 2-96. 암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,연간1회한)보장 특별약관, 암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,연간1회한)(태아보장)보장 특별약관	560
[1종, 2종] 2-97. 유사암주요치료비(진단후10년,연간1회한)보장 특별약관, 유사암주요치료비(진단후10년,연간1회한)(태아보장)보장 특별약관	568
[1종, 2종] 2-98. 암주요치료비(유사암제외)(종합병원,진단후10년,연간1회한)보장 특별약관, 암주요치료비(유사암제외)(종합병원,진단후10년,연간1회한) (태아보장)보장 특별약관	575
[1종, 2종] 2-99. 유사암주요치료비(종합병원,진단후10년,연간1회한)보장 특별약관, 유사암주요치료비(종합병원,진단후10년,연간1회한)(태아보장)보장 특별약관	583
[1종, 2종] 2-100. 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원,진단후10년, 연간1회한)보장 특별약관, 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원,진단후10년, 연간1회한)(태아보장)보장 특별약관	591
[1종, 2종] 2-101. 유사암주요치료비(상급종합병원,진단후10년,연간1회한)보장 특별약관, 유사암주요치료비(상급종합병원,진단후10년,연간1회한) (태아보장)보장 특별약관	600
[1종, 2종] 2-102. 암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,치료별연간1회한)보장 특별약관, 암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,치료별연간1회한) (태아보장)보장 특별약관	608
[1종, 2종] 2-103. 유사암주요치료비(진단후10년,치료별연간1회한)보장 특별약관, 유사암주요치료비(진단후10년,치료별연간1회한)(태아보장)보장 특별약관	616
[1종, 2종] 2-104. 암주요치료비(유사암제외)(종합병원,진단후10년, 치료별연간1회한)보장 특별약관, 암주요치료비(유사암제외)(종합병원, 진단후10년,치료별연간1회한)(태아보장)보장 특별약관	624

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

[1종, 2종] 2-105. 유사암주요치료비(종합병원,진단후10년,치료별연간1회한)보장 특별약관, 유사암주요치료비(종합병원,진단후10년,치료별연간1회한) (태아보장)보장 특별약관	632
[1종, 2종] 2-106. 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원,진단후10년, 치료별연간1회한)보장 특별약관, 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원, 진단후10년,치료별연간1회한)(태아보장)보장 특별약관	641
[1종, 2종] 2-107. 유사암주요치료비(상급종합병원,진단후10년,치료별연간1회한) 보장 특별약관, 유사암주요치료비(상급종합병원,진단후10년,치료별연간1회한) (태아보장)보장 특별약관	650
[1종, 2종] 2-108. 암특정재활치료비(급여)(1일1회,연간10회한)보장 특별약관 ...	658
[1종, 2종] 2-109. 암특정통증완화치료비(기타피부암/갑상선암제외)(급여) (연간1회한)보장 특별약관	664
[1종, 2종] 2-110. 항암방사선치료비(최초1회한)보장 특별약관, 항암방사선치료비(최초1회한)(태아보장)보장 특별약관	670
[1종, 2종] 2-111. 항암약물치료비(최초1회한)보장 특별약관, 항암약물치료비(최초1회한)(태아보장)보장 특별약관	675
[1종, 2종] 2-112. 항암방사선·약물치료비(연간1회한)보장 특별약관, 항암방사선·약물치료비(연간1회한)(태아보장)보장 특별약관	679
[1종, 2종] 2-113. 항암방사선치료비(치료당)보장 특별약관, 항암방사선치료비(치료당)(태아보장)보장 특별약관	684
[1종, 2종] 2-114. 항암약물치료비(치료당)보장 특별약관, 항암약물치료비(치료당)(태아보장)보장 특별약관	688
[1종, 2종] 2-115. 말기암호스피스통증완화치료비(가정형,입원형)(최초1회한) 보장 특별약관	693
[1종, 2종] 2-116. 갑상선기능항진증치료비(최초1회한)보장 특별약관	699
[1종, 2종] 2-117. 뇌졸중혈전용해치료비(최초1회한) 특별약관	702
[1종, 2종] 2-118. 뇌졸중혈전용해치료비보장(연간1회한) 특별약관	704
[1종, 2종] 2-119. 뇌경색증혈전용해치료비(최초1회한)보장	706
[1종, 2종] 2-120. 뇌경색증혈전용해치료비(연간1회한)보장 특별약관	709
[1종, 2종] 2-121. 급성심근경색증혈전용해치료비(최초1회한)보장	711
[1종, 2종] 2-122. 급성심근경색증혈전용해치료비(연간1회한)보장 특별약관	713
[1종, 2종] 2-123. 특정허혈성심장질환혈전용해치료비(최초1회한) 특별약관	716

[1종, 2종] 2-124. 특정허혈성심장질환혈전용해치료비(연간1회한)보장 특별약관 ···	718
[1종, 2종] 2-125. 뇌심혈관조영술검사비(급여,연간1회한) ·········	720
[1종, 2종] 2-126. 뇌심혈관CT,MRI,심장초음파,뇌파,뇌척수액검사비 (급여,연간1회한)보장 특별약관 ·········	723
[1종, 2종] 2-127. 2대질병(뇌,심장)주요치료비(진단후10년,연간1회한)보장 특별약관, 2대질병(뇌,심장)주요치료비(진단후10년,연간1회한)보장(태아보장) 특별약관 ·········	725
[1종, 2종] 2-128. 특정순환계질환(3~5종)주요치료비(진단후10년,연간1회한) 보장 특별약관, 특정순환계질환(3~5종)주요치료비(진단후10년,연간1회한) 보장(태아보장) 특별약관 ·········	733
[1종, 2종] 2-129. 특정순환계질환(3~5종)주요치료비(종합병원,진단후10년, 연간1회한)보장 특별약관, 특정순환계질환(3~5종)주요치료비(종합병원, 진단후10년,연간1회한)보장(태아보장) 특별약관 ·········	740
[1종, 2종] 2-130. 특정순환계질환(3~5종)주요치료비(상급종합병원, 진단후10년,연간1회한)보장 특별약관, 특정순환계질환(3~5종)주요치료비 (상급종합병원,진단후10년,연간1회한)보장(태아보장) 특별약관 ·········	747
[1종, 2종] 2-131. 특정순환계질환(4~5종)주요치료비(진단후10년, 연간1회한)보장 특별약관, 특정순환계질환(4~5종)주요치료비(진단후10년, 연간1회한)보장(태아보장) 특별약관 ·········	754
[1종, 2종] 2-132. 특정순환계질환(4~5종)주요치료비(종합병원,진단후10년, 연간1회한)보장 특별약관, 특정순환계질환(4~5종)주요치료비(종합병원, 진단후10년,연간1회한)보장(태아보장) 특별약관 ·········	761
[1종, 2종] 2-133. 특정순환계질환(4~5종)주요치료비(상급종합병원, 진단후10년,연간1회한)보장 특별약관, 특정순환계질환(4~5종)주요치료비 (상급종합병원,진단후10년,연간1회한)보장(태아보장) 특별약관 ·········	768
[1종, 2종] 2-134. 특정순환계질환(5종)주요치료비(진단후10년,연간1회한)보장 특별약관, 특정순환계질환(5종)주요치료비(진단후10년,연간1회한) 보장(태아보장) 특별약관 ·········	775
[1종, 2종] 2-135. 특정순환계질환(5종)주요치료비(종합병원,진단후10년, 연간1회한)보장 특별약관, 특정순환계질환(5종)주요치료비(종합병원, 진단후10년,연간1회한)보장(태아보장) 특별약관 ·········	782
[1종, 2종] 2-136. 특정순환계질환(5종)주요치료비(상급종합병원,	

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

진단후10년,연간1회한)보장 특별약관, 특정순환계질환(5종)주요치료비 (상급종합병원,진단후10년,연간1회한)보장(태아보장) 특별약관	789
[1종, 2종] 2-137. 특정전염병치료비보장 특별약관, 특정전염병치료비(태아보장)보장 특별약관	796
[2종] 2-138. 소아성장호르몬결핍증치료비(급여, 연간1회한)	797
[2종] 2-139. 치아보존치료비(유치)보장 특별약관	800
[2종] 2-140. 치아보존치료비(영구치)보장 특별약관	805
[2종] 2-141. 부정교합치료비보장 특별약관	810
[1종, 2종] 2-142. 질병입원일당(1일이상180일한도)보장 특별약관, 질병입원일당(1일이상180일한도)(태아보장)보장 특별약관	812
[1종, 2종] 2-143. 질병입원일당(181일이상365일한도)(요양/정신/한방병원제외) 보장 특별약관	815
[1종, 2종] 2-144. 질병입원후통원일당(3일이상계속입원,20일한도) 특별약관, 질병입원후통원일당(3일이상계속입원,20일한도)(태아보장) 특별약관	819
[1종, 2종] 2-145. 질병입원일당(중환자실,1일이상180일한도)보장 특별약관	825
[1종, 2종] 2-146. 질병입원일당(종합병원,1일이상 180일한도)보장 특별약관, 질병입원일당(종합병원,1일이상 180일한도)(태아보장)보장 특별약관	828
[1종, 2종] 2-147. 질병입원일당(종합병원,1인실,1일이상30일한도)보장 특별약관, 질병입원일당(종합병원,1인실,1일이상30일한도)(태아보장)보장 특별약관	834
[1종, 2종] 2-148. 질병입원일당(종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)보장 특별약관, 질병입원일당(종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)(태아보장)보장 특별약관	840
[1종, 2종] 2-149. 질병입원일당(종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)보장 특별약관, 질병입원일당(종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)(태아보장)보장 특별약관	846
[1종, 2종] 2-150. 질병입원일당(상급종합병원,1일이상180일한도)보장 특별약관, 질병입원일당(상급종합병원,1일이상180일한도)(태아보장)보장 특별약관 ..	852
[1종, 2종] 2-151. 질병입원일당(상급종합병원,1인실,1일이상60일한도)보장 특별약관, 질병입원일당(상급종합병원,1인실,1일이상60일한도)(태아보장)보장 특별약관	859
[1종, 2종] 2-152. 질병입원일당(상급종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)보장	

특별약관, 질병입원일당(상급종합병원, 2~3인실, 1일이상30일한도)(태아보장) 보장 특별약관	865
[1종, 2종] 2-153. 질병입원일당(상급종합병원, 4~5인실, 1일이상30일한도)보장 특별약관, 질병입원일당(상급종합병원, 4~5인실, 1일이상30일한도)(태아보장) 보장 특별약관	871
[1종, 2종] 2-154. 간병인사용질병입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외) 보장 특별약관	877
[1종, 2종] 2-155. 간병인사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(요양병원)보장 특별약관	882
[1종, 2종] 2-156. 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도) (요양병원제외)보장 특별약관, 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)(태아보장)보장 특별약관	887
[1종, 2종] 2-157. 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도) (종합병원)보장 특별약관, 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(종합병원)(태아보장)보장 특별약관	892
[1종, 2종] 2-158. 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도) (상급종합병원)보장 특별약관, 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당 (1일이상180일한도)(상급종합병원)(태아보장)보장 특별약관	898
[1종, 2종] 2-159. 암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상180일한도)보장 특별약관, 암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상180일한도)(태아보장) 보장 특별약관	904
[1종, 2종] 2-160. 암요양병원입원일당(1일이상90일한도)보장 특별약관 ...	912
[1종, 2종] 2-161. 암수술입원비(유사암제외)(1일이상20일한도)보장 특별약관, 암수술입원비(유사암제외)(1일이상20일한도)(태아보장)보장 특별약관	920
[1종, 2종] 2-162. 유사암수술입원비(1일이상20일한도)보장 특별약관, 유사암수술입원비(1일이상20일한도)(태아보장)보장 특별약관	928
[1종, 2종] 2-163. 암직접치료통원일당(유사암제외)(요양병원제외)(연간30회한) 보장 특별약관, 암직접치료통원일당(유사암제외)(요양병원제외)(연간30회한) (태아보장)보장 특별약관	935
[1종, 2종] 2-163-1. 유사암직접치료통원일당(요양병원제외)(연간30회한)보장 특별약관, 유사암직접치료통원일당(요양병원제외)(연간30회한)(태아보장)보장 특별약관	941

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

[1종, 2종] 2-164. 암직접치료통원일당(유사암제외)(상급종합병원)보장 특별약관, 암직접치료통원일당(유사암제외)(상급종합병원)(태아보장)보장 특별약관 · 945	
[1종, 2종] 2-164-1. 유사암직접치료통원일당(상급종합병원)보장 특별약관, 유사암직접치료통원일당(상급종합병원)(태아보장)보장 특별약관 952	
[1종, 2종] 2-165. 뇌혈관질환통원일당(상급종합병원) 보장 특별약관 957	
[1종, 2종] 2-166. 뇌혈관질환통원일당(요양병원제외, 연간30회한)보장 특별약관, 뇌혈관질환통원일당(요양병원제외, 연간30회한)(태아보장)보장 특별약관 960	
[1종, 2종] 2-167. 허혈성심장질환통원일당(상급종합병원)보장 특별약관 ... 963	
[1종, 2종] 2-168. 식중독입원일당(4일이상120일한도)보장 특별약관, 식중독입원일당(4일이상120일한도)(태아보장)보장 특별약관 966	
[1종, 2종] 2-169. 허혈성심장질환통원일당(요양병원제외, 연간30회한)보장 특별약관, 허혈성심장질환통원일당(요양병원제외, 연간30회한)(태아보장) 보장 특별약관 969	
[2종] 2-170. 환경성질환및성장장애입원일당(1일이상120일한도)보장 특별약관, 환경성질환및성장장애입원일당(1일이상120일한도)(태아보장)보장 특별약관 972	
[2종] 2-171. 어린이2대다발성질환입원일당(4일이상180일한도)보장 특별약관, 어린이2대다발성질환입원일당(4일이상180일한도)(태아보장)보장 특별약관 975	

III. 상해 및 질병관련 특별약관

[1종, 2종] 3-1. 보험료납입면제대상보장 특별약관 978	
[1종, 2종] 3-2. 응급실내원비(비응급제외)보장 특별약관, 응급실내원비 (비응급제외)(태아보장)보장 특별약관 986	
[1종, 2종] 3-3. 김스치료비보장 특별약관, 김스치료비(태아보장)보장 특별약관 ... 990	
[2종] 3-4. 4대장애진단비보장 특별약관 991	
[2종] 3-5. 뇌성마비진단비보장 특별약관, 뇌성마비진단비(태아보장)보장 특별약관 994	
[2종] 3-6. 기흉진단비보장 특별약관 995	
[2종] 3-7. 기흉진단비(신생아기흉포함) 보장 특별약관, 기흉진단비 (신생아기흉포함)(태아보장) 보장 특별약관 997	
[1종, 2종] 3-8. 5대장기이식수술비보장 특별약관 999	
[1종, 2종] 3-9. 각막이식수술비보장 특별약관 1002	
[2종] 3-10. 추간판장애수술비보장 특별약관 1004	

IV. 비용 관련 특별약관

[1종, 2종] 4-1. 의료사고법률비용보장 특별약관	1007

V. 태아 관련 특별약관

[1종, 2종] 5-1. 신생아장해출생진단비보장 특별약관	1010
[1종, 2종] 5-2. 저체중아입원일당(3일이상60일한도)보장 특별약관	1013
[1종, 2종] 5-3. 극소저체중아입원일당(3일이상60일한도)보장 특별약관 ..	1015
[1종, 2종] 5-4. 신생아질병입원일당(4일이상120일한도)보장 특별약관 ...	1017
[2종] 5-5. 선천이상입원일당(1일이상120일한도)보장 특별약관, 선천이상입원일당(1일이상120일한도)(태아보장)보장 특별약관	1021
[2종] 5-6. 선천이상수술비Ⅱ보장 특별약관, 선천이상수술비Ⅱ(태아보장) 보장 특별약관	1024

VI. 갱신형 특별약관

[1종, 2종] 6-1. 갱신형 통합상해진단비(연간1회한)보장 특별약관, 갱신형 통합상해진단비(연간1회한)(태아보장)보장 특별약관	1028
[1종, 2종] 6-2. 갱신형 암진단비(유사암제외)보장 특별약관, 갱신형 암진단비(유사암제외)(태아보장)보장 특별약관	1031
[1종, 2종] 6-3. 갱신형 통합암진단비(유사암제외)보장 특별약관	1035
[1종, 2종] 6-4. 갱신형 중증질환자(암)산정특례대상이후전이암진단비 (최초1회한)보장 특별약관	1040
[1종, 2종] 6-5. 갱신형 중증질환자(암)산정특례대상(최초1회한)보장 특별약관, 갱신형 중증질환자(암)산정특례대상(최초1회한)(태아보장)보장 특별약관	1046
[1종, 2종] 6-6. 갱신형 항암방사선치료후5대합병증진단비(최초1회한)보장 특별약관, 갱신형 항암방사선치료후5대합병증진단비(최초1회한)(태아보장) 보장 특별약관	1054
[1종, 2종] 6-7. 갱신형 항암방사선치료후4대합병증진단비(최초1회한)보장 특별약관, 갱신형 항암방사선치료후4대합병증진단비(최초1회한)(태아보장) 보장 특별약관	1059
[1종, 2종] 6-8. 갱신형 갑상선기능저하증조작병리진단비(급여)(연간1회한)보장	

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

특별약관	1064
[1종, 2종] 6-9. 갱신형 유방바늘생검조직병리진단비(급여)(연간1회한)보장 특별약관	1067
[1종, 2종] 6-10. 갱신형 중증질환(뇌혈관)산정특례대상(최초1회한)보장 특별약관 ·	1070
[1종, 2종] 6-11. 갱신형 중증질환(뇌혈관)산정특례대상(연간1회한)보장 특별약관, 갱신형 중증질환(뇌혈관)산정특례대상(연간1회한)(태아보장)보장 특별약관 ·	1072
[1종, 2종] 6-12. 갱신형 중증질환(심장)산정특례대상(최초1회한)보장 특별약관 ·	1075
[1종, 2종] 6-13. 갱신형 중증질환(심장)산정특례대상(연간1회한)보장 특별약관, 갱신형 중증질환(심장)산정특례대상(연간1회한)(태아보장)보장 특별약관 ·	1078
[1종, 2종] 6-14. 갱신형 중증화상산정특례대상(최초1회한)보장 특별약관 ·	1081
[1종, 2종] 6-15. 갱신형 중증외상산정특례대상(연간1회한)보장 특별약관 ·	1084
[1종, 2종] 6-16. 갱신형 중증난치질환자(치매제외)산정특례대상(최초1회한)보장 특별약관, 갱신형 중증난치질환자(치매제외)산정특례대상(최초1회한)(태아보장) 보장 특별약관	1087
[1종, 2종] 6-17. 갱신형 희귀질환자산정특례대상(최초1회한)보장 특별약관, 갱신형 희귀질환자산정특례대상(최초1회한)(태아보장)보장 특별약관 ·	1090
[1종, 2종] 6-18. 갱신형 결핵질환자산정특례대상(최초1회한)보장 특별약관 ·	1093
[1종, 2종] 6-19. 갱신형 다빈치로봇암수술비(특정암제외)(최초1회한)보장 특별약관	1096
[1종, 2종] 6-20. 갱신형 다빈치로봇암수술비(특정암)(최초1회한)보장 특별약관 ·	1103
[1종, 2종] 6-21. 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,연간1회한)보장 특별약관, 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,연간1회한) (태아보장)보장 특별약관	1109
[1종, 2종] 6-22. 갱신형 유사암주요치료비(진단후10년,연간1회한)보장 특별약관, 갱신형 유사암주요치료비(진단후10년,연간1회한)(태아보장)보장 특별약관	1117
[1종, 2종] 6-23. 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(종합병원,진단후10년, 연간1회한)보장 특별약관, 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(종합병원, 진단후10년,연간1회한)(태아보장)보장 특별약관	1125
[1종, 2종] 6-24. 갱신형 유사암주요치료비(종합병원,진단후10년,연간1회한)보장 특별약관, 갱신형 유사암주요치료비(종합병원,진단후10년,연간1회한) (태아보장)보장 특별약관	1134
[1종, 2종] 6-25. 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원,진단후10년,	

연간1회한)보장 특별약관, 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원, 진단후10년,연간1회한)(태아보장)보장 특별약관	1143
[1종, 2종] 6-26. 갱신형 유사암주요치료비(상급종합병원, 진단후10년, 연간1회한)보장 특별약관, 갱신형 유사암주요치료비(상급종합병원,진단후10년, 연간1회한)(태아보장)보장 특별약관	1152
[1종, 2종] 6-27. 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,치료별연간1회한) 보장 특별약관, 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(진단후10년, 치료별연간1회한)(태아보장)보장 특별약관	1160
[1종, 2종] 6-28. 갱신형 유사암주요치료비(진단후10년,치료별연간1회한)보장 특별약관, 갱신형 유사암주요치료비(진단후10년,치료별연간1회한)(태아보장)보장 특별약관	1168
[1종, 2종] 6-29. 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(종합병원,진단후10년, 치료별연간1회한)보장 특별약관, 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(종합병원, 진단후10년,치료별연간1회한)(태아보장)보장 특별약관	1176
[1종, 2종] 6-30. 갱신형 유사암주요치료비(종합병원,진단후10년, 치료별연간1회한)보장 특별약관, 갱신형 유사암주요치료비(종합병원, 진단후10년,치료별연간1회한)(태아보장)보장 특별약관	1185
[1종, 2종] 6-31. 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원,진단후10년, 치료별연간1회한)보장 특별약관, 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원,진단후10년,치료별연간1회한)(태아보장)보장 특별약관	1194
[1종, 2종] 6-32. 갱신형 유사암주요치료비(상급종합병원,진단후10년, 치료별연간1회한)보장 특별약관, 갱신형 유사암주요치료비(상급종합병원, 진단후10년,치료별연간1회한)(태아보장)보장 특별약관	1203
[1종, 2종] 6-33. 갱신형 표적항암약물허가치료비(최초1회한)보장 특별약관, 갱신형 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(태아보장)보장 특별약관	1212
[1종, 2종] 6-34. 갱신형 표적항암약물허가치료비(연간1회한)보장 특별약관, 갱신형 표적항암약물허가치료비(연간1회한)(태아보장)보장 특별약관	1220
[1종, 2종] 6-35. 갱신형 특정면역항암약물허가치료비(최초1회한)보장 특별약관, 갱신형 특정면역항암약물허가치료비(최초1회한)(태아보장)보장 특별약관	1228
[1종, 2종] 6-36. 갱신형 특정면역항암약물허가치료비(연간1회한) 보장 특별약관, 갱신형 특정면역항암약물허가치료비(연간1회한)(태아보장) 보장 특별약관	1237
[1종, 2종] 6-37. 갱신형 특정항암호르몬약물허가치료비(기타피부암/	

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

갑상선암제외)(최초1회한)보장 특별약관, 갱신형 특정항암호르몬약물허가 치료비(기타피부암/갑상선암제외)(최초1회한)(태아보장)보장 특별약관 ...	1246
[1종, 2종] 6-38. 갱신형 특정항암호르몬약물허가치료비(기타피부암/ 갑상선암제외)(연간1회한)보장 특별약관, 갱신형 특정항암호르몬약물허가 치료비(기타피부암/갑상선암제외)(연간1회한)(태아보장)보장 특별약관 ...	1255
[1종, 2종] 6-39. 갱신형 항암방사선(세기조절)치료비(최초1회한)보장 특별약관, 갱신형 항암방사선(세기조절)치료비(최초1회한)(태아보장)보장 특별약관	1263
[1종, 2종] 6-40. 갱신형 항암방사선(양성자)치료비(최초1회한)보장 특별약관, 갱신형 항암방사선(양성자)치료비(최초1회한) (태아보장)보장 특별약관 ·	1267
[1종, 2종] 6-41. 갱신형 특정부인과질환 고강도초음파집속술(HIFU)치료비 (최초1회한)보장 특별약관	1272
[1종, 2종] 6-42. 갱신형 특정부인과질환 고강도초음파집속술(HIFU)치료비 (연간1회한)보장 특별약관	1276
[1종, 2종] 6-43. 갱신형 특정유방병변진공흡인절제치료비(최초1회한)보장 특별약관	1279
[1종, 2종] 6-44. 갱신형 특정유방병변진공흡인절제치료비(연간1회한)보장 특별약관	1281
[1종, 2종] 6-45. 갱신형 독감(인플루엔자)항바이러스제치료비(연간1회한)보장 특별약관, 갱신형 독감(인플루엔자)항바이러스제치료비(연간1회한) (태아보장)보장 특별약관	1283
[1종, 2종] 6-46. 갱신형 추간판탈출증신경차단술치료비(급여)(연간1회한)보장 특별약관	1286

VII. 부양자 관련 특별약관

[1종, 2종] 7-1. 모성사망보장 특별약관	1289
[1종, 2종] 7-2. 임신중독증진단비보장 특별약관	1291
[1종, 2종] 7-3. 유산진단비보장 특별약관	1293
[1종, 2종] 7-4. 태반조기박리진단비보장 특별약관	1295
[1종, 2종] 7-5. 특정고위험산모질환진단비보장 특별약관	1297
[1종, 2종] 7-6. 특정임신중양 당뇨병진단비보장 특별약관	1299
[1종, 2종] 7-7. 출산전선별검사결과이상소견진단비보장 특별약관	1301

[1종, 2종] 7-8. 다운증후군진단비보장 특별약관	1304
[1종, 2종] 7-9. 임신출산질환수술비보장 특별약관	1306
[1종, 2종] 7-10. 유산수술비보장 특별약관	1309
[1종, 2종] 7-11. 분만전후출혈수혈치료비보장 특별약관	1312
[1종, 2종] 7-12. 여성산과관련자궁적출수술비보장 특별약관	1315
[1종, 2종] 7-13. 유산입원일당(4일이상120일한도)보장 특별약관	1318
[1종, 2종] 7-14. 임신출산질환입원일당(4일이상120일한도)보장 특별약관	1321
[1종, 2종] 7-15. 임신출산질환(유산제외)통원일당(10회한) 특별약관	1324

VIII. 배상책임 관련 특별약관

[1종, 2종] 8-0. 배상책임 특별약관 일반조항	1330
[1종, 2종] 8-1. 갱신형 가족일상생활중배상책임III보장 특별약관	1349

IX. 제도성 특별약관

9-1. 출생전자녀가입 특별약관	1354
9-2. 특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관	1359
9-3. 보험료자동납입 특별약관	1363
9-4. 이론자동차 운전 및 탑승중 상해 부담보 특별약관	1363
9-5. 지정대리청구서비스 특별약관	1365
9-6. 자동갱신 적용대상 특별약관	1367
9-7. 전자서명 특별약관	1372
9-8. 장애인전용보험전환 특별약관	1373
9-9. 보험계약 변경 정산액 분할납입 특별약관	1378

▶ 약관 인용 법·규정	1380

▶ 색인	1425



가입자 유의사항



보험계약 관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약관련 유의사항

● 보험 계약 전 알릴의무 위반

- 과거 질환 치료사실 등을 회사에 고지하지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질환 치료사실 등을 직원 등에게 구두(말)로만 고지한 경우에는 회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

● 부활(효력회복)

- 부활(효력회복)계약의 보장 개시일은 계약의 부활(효력회복)을 청약한 날로 하며, 암보장 등 해당 특별약관에서 별도로 정한 경우에는 해당 부활(효력회복)일을 따릅니다.

● 상해 및 질병관련 보장

- 이 보험이 상해 등 외래의 사고만을 보험금 지급대상으로 하는지, 질병도 보험금 지급대상으로 하는지, 몇 세까지 보장하는지 등 구체적인 보험금 지급사유를 반드시 확인하시기 바랍니다.
- 갱신형 담보가 포함된 경우 갱신될 때마다 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.

● 재물 및 배상책임 관련 보장

- 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없을 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이익을 제기할 수 없으며, 보험사고가 발생한 경우에 보험계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 보험계약자는 그 타인의 권리를 해하지 아니하는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

● 갱신형 보장

- 회사는 갱신형 보장의 보험기간이 끝나기 15일 이전까지 계약자가 납입하여야 하는 갱신될 계약의 보험료 및 계약의 연장여부를 묻는 통지를 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.
- 해당 보장의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 해당 보장은 자동으로 갱신됩니다.
- 갱신시 보험요율의 변동(나이의 증가, 손해율, 의료수가 상승 등의 변동)에 따라 보험료가 인상 또는 인하될 수 있습니다.
- 갱신형 보장의 약관은 최초 계약 시의 약관을 계속하여 적용합니다. 다만 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 변경에 따라 약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.

2. 해약환급금 관련 유의사항

보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로써 보험계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 회사 운영에 필요한 경비(계약체결비용, 계약관리비용 등)로 사용되므로 중도 해지 시 지급되는 해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다. 한편, 적립이율이 변동하는 경우 변동이율(공시이율, 보험계약대출이율 등)에 따라 환급금에 차이가 발생할 수 있습니다.



보험금 지급 관련 특히 유의할 사항

암 관련 보장

- 암은 원칙적으로 조직검사, 미세바늘흡인검사(미세한 침을 이용한 생체 검사 방법) 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 한 진단만 인정됩니다.

특정질병 관련 보장

- 암 등 특정질병을 보장하는 보험은 약관이나 별표에 나열되어 있는 질병만 보험금을 지급합니다.
- 특정질병의 진단 확정일이 보험계약일로부터 일정기간(예 : 1년, 2년 등)이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.

수술 관련 보장

- 약관상 수술의 정의에 포함되지 않는 조작의 경우(예 : 주사기 등으로 빨아들이는 처치, 바늘 등을 통해 체액을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것 등) 보험금을 지급하지 않습니다.

입원 관련 보장

- 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하지 않거나 정당한 사유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

상해 관련 보장

- 질병이나 체질적인 요인이 있는 자로써 경미한 외부요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화되었을 때에는 상해관련 보험금이 지급되지 않습니다.

배상책임 관련 보장 등 다수계약의 비례보상에 관한 사항

- 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약 포함)이 있을 경우에는 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 이 계약에 의한 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보상하여 드립니다.



주요내용 요약서

1. 자필서명

보험계약자와 피보험자가 자필서명을 하지 않으신 경우에는 보장을 받지 못할 수 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷을 이용한 사이버몰에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

2. 청약철회

계약자는 보험증권을 받은 날 부터 15일(계약을 청약한 날부터 30일) 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 청약 한 날부터 30일(만 65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일)이 초과된 계약, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약, 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

3. 계약취소

계약 청약시 보험약관과 계약자 보관용 청약서를 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명받지 못한 때 또는 계약 체결시 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 또는 전자서명을 포함함)을 하지 아니한 때에는 보험계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

4. 계약의 무효(신체보장 관련)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 할 수 있으며 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험²⁵⁰⁴ 약관

효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

- 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다.
- 만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
- 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 만15세미만자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우에는 그 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

5. 계약의 무효(재물보장 및 배상책임보장 관련)

계약을 맺을 때에 보험의 목적에 이미 사고가 발생하였을 경우 이 계약은 무효로 합니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

6. 계약의 소멸(신체보장 관련)

이 보험계약은 피보험자의 사망 등으로 인하여 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우, 그때부터 효력을 가지지 아니합니다.

7. 계약의 소멸(재물보장 관련)

7-1) 계약의 소멸(비례보상)

사고보험금이 한번의 사고에 대하여 보험가입금액(보험가액을 한도로 합니다)의 80%를 넘을 때 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 해당 보험의 목적에 대한 계약은 소멸됩니다.

7-2) 계약의 소멸(실손보상)

사고보험금이 한번의 사고에 대하여 보험가입금액(보험가액을 한도로 합니다)이상인 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 해당 보험의 목적에 대한 계약은 소멸됩니다.

8. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

- 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
- 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

9. 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료의 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해약환급금이 차감되었으나 받지 아니한 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함) 보험계약자는 해지

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 보험계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 보험계약자 또는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.

10. 위법 계약의 해지

계약자는 계약체결에 대한 회사의 범위반사항이 있는 경우 계약체결일 부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다. 이 경우 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 통지하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지합니다. 해지요구에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 약관에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

* 적합성 원칙, 적정성 원칙, 설명의무, 불공정영업행위금지, 부당권유 행위금지 (허위, 과장광고 금지)

11. 중도인출

보장개시일부터 약관에서 정한 일정기간 이상 지난 계약으로서 계약자의 요청이 있는 경우에 한하여 약관에서 정한 한도 내에서 중도인출금을 지급합니다. 다만, 중도인출금의 요청은 약관에서 정한 횟수(보험년도 기준)로 제한됩니다.

12. 계약 전·후 알릴 의무

계약 전 알릴 의무 : 보험계약자 또는 피보험자는 청약시 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료기관에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

계약 후 알릴 의무 : 보험계약자 또는 피보험자는 보험계약을 맺은 후
아래와 같은 경우 지체없이 회사에 알려야 합니다.

- 가. 보험목적에 대하여 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을
보장하는 계약을 다른 보험(「공제」를 포함합니다)자와 체결하
고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 경우
- 나. 보험목적의 양도하거나 다른 장소로 옮기는 경우
- 다. 보험증권 등에 기재된 직업 또는 직무의 변경
예) 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우, 직업이 없는 자가 취
직한 경우, 현재의 직업을 그만둔 경우
- 라. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
- 마. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
- 바. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동이륜평행
차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동
장치를 포함)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과
출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우(다
만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합
니다.)
- 사. 기타 위험이 증가하는 경우

알릴 의무 위반시 효과 : 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지
하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.

※ 보험계약자 또는 피보험자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우 즉시
변경내용을 회사에 알려야 합니다.

13. 보험금의 지급(신체보장 관련)

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시
지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날로부터 3영
업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 회사가 보험금 지급사유를 조

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

사·확인하기 위해 필요한 기간이 지급기일 초과가 명백히 예상되는 경우에는 그 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드리며 지급예정일은 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다. 이 경우 피보험자 또는 보험수익자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50%상당액을 가지급금으로 지급합니다. 만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

14. 보험금의 지급절차(재산손해 관련)

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다.

그러나 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

만약 지급보험금이 결정된 후 7일이 지나도록 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 드리지 않습니다.

15. 보험금의 지급(배상책임보장 관련)

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수받은 후 지체없이 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다.

그러나 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

만약 지급보험금이 결정된 후 7일이 지나도록 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 드리지 않습니다.

16. 대위권

회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금 한도 내에서 보험계약자 또는 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 아니하는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

이 주요내용 요약서는 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 해당약관(보통약관, 특별약관)의 내용을 따릅니다.



보험용어 해설

● 보험약관

보험계약에 관하여 보험계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

● 보험증권

보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 보험계약자에게 교부하는 증서

● 보험계약 당사자

－ 보험회사, 보험계약자

가. 보험회사 : 보험사고 발생시 보험금 지급의무를 부담하는 자로서, 보험사업을 영위하는 회사

나. 보험계약자 : 보험회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

● 보험계약 관계자

－ 피보험자, 보험수익자, 대리인

<신체손해보장> <비용손해보장>

가. 피보험자 : 보험사고 발생의 대상이 되는 사람으로 피보험자라 정함

나. 보험수익자 : 보험사고 발생시 보험금 청구권을 갖는 사람

다. 대리인 : 다른 사람을 대신하여 의사 표시를 하고 또 의사 표시를 받을 권한을 가진 사람

<재물손해보장> <배상책임보장>

가. 피보험자 : 보험사고가 발생함으로써 손해를 입을 수 있는 사람, 즉 피보험이익을 지니고 있는 사람을 말하며, 해당 보험금을 청구할 수 있는 사람

나. 대리인 : 다른 사람을 대신하여 의사 표시를 하고 또 의사 표시를 받을 권한을 가진 사람

● 보험료

- 보험료 : 보험계약자가 납입기간 동안 매 납입기일에 납입하기로 한 보험료로 기본계약 보장보험료와 적립보험료, 특별약관이 부가된 경우에는 특별약관의 보장보험료의 합계액
 - 가. 보장보험료 : 보험계약에서 정한 보험금 지급을 위한 보험료
 - 나. 적립보험료 : 보험회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료
- 보장순보험료 : 기본보험료의 보장보험료 중 부가보험료를 제외한 금액
- 적립순보험료 : 기본보험료의 적립보험료 중 부가보험료를 제외한 금액
- 부가보험료 : 회사 운영에 필요한 계약체결비용 및 계약관리비용과 보험금 지급조사를 위한 손해조사비로 구성

● 보험목적 <재물손해보장> <배상책임보장>

- 보험사고의 발생의 객체가 되는 경제상의 재화

● 보험가액 <재물손해보장> <배상책임보장>

- 피보험이익의 경제적 가치이며, 보험사고가 발생하였을 경우에 피보험자가 입게 되는 손해액의 최고 견적액

● 보험가입금액

- 보험사고 발생시 보험회사가 지급하여야 할 보험금의 기준이 되는 금액으로 보험증권에 기재된 금액

● 보험금

<신체손해보장> <비용손해보장>

- 피보험자의 사망, 장애, 입원 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자에게 지급하는 금액

<재물손해보장> <배상책임보장>

- 피보험자의 재물손해, 배상책임손해 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 피보험자에게 지급하는 금액

● 보험기간

- 회사의 책임이 시작되어 끝날 때까지의 기간으로 보험증권에 기재된 기간

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험²⁵⁰⁴ 약관

● 보장개시일

- 보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

● 보험계약일

- 계약자와 보험회사와의 보험계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일이며 매년 도래하는 보험계약일을 계약해당일이라 함

● 보험년도

- 보험계약일로부터 매1년 단위의 연도(당해연도 보험계약 해당일부터 다음년도 보험계약해당일 전일까지의 기간)를 말함

● 계약자적립액

- 장래의 보험금, 해약환급금 등의 지급을 위하여 보험계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 보험회사가 적립해 둔 금액

● 해약환급금

- 계약의 효력상실 또는 해지시 보험계약자에게 돌려주는 금액

※ 이 상품의 1종(해약환급금 미지급형)은 보험료 납입기간 중 해지시 해약환급금이 없습니다.

무배당 NH굿스타트건강보험2504 보통약관 (1종, 2종)

1종(해약환급금미지급형II(납입중0%,납입후50%))
2종(표준형)

※ 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에는 무배당 NH굿스타트건강보험2504 보통약관에 '일반상해후유장해(80%이상)(태아보장)보장'과 '일반상해후유장해(80%미만)(태아보장)보장'이 추가로 부가되며, 태아보장의 약관내용은 이 보통약관과 동일합니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

이 보험계약(이하 「계약」이라 합니다)은 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다)와 보험회사(이하 「회사」라 합니다) 사이에 피보험자의 상해, 질병 또는 비용손해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조(용어의 정의)

이 계약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

- 가. 계약자 : 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 다. 보험증권 : 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

자에게 드리는 증서를 말합니다.

라. 진단계약 : 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.

마. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 상해 : 보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

나. 장애 : 【별표1】『장애분류표』에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

다. 중요한 사항 : 계약전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

라. 한국표준질병사인분류 : 제8차 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1 시행)를 말합니다. 약관에서 정한 대상질병(항목) 분류표의 분류번호와 다르나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우 해당 대상질병(항목) 분류에 포함합니다. 제9차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 해당 질병(항목) 이외에 추가로 이에 해당하는 질병(항목)이 있는 경우에는 그 질병(항목)도 포함하는 것으로 합니다. 진단서 상의 분류번호는 제8차 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

【한국표준질병사인분류 부호 체계】

질병의 원인과 증상 두 가지 모두에 관한 정보를 포함하는 진단을 위해 아래 두 가지 분류부호가 사용됩니다. 또한 원인과 질환에 따라 동시에 사용될 수 있습니다.

- 검표(+) : 원인이 되는 질환에 대한 질병분류코드
- 별표(*) : 원인(검표)으로 인한 발현증세에 대한 질병분류코드

3. 지급금과 이자율 관련 용어

- 가. 연단위 복리 : 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.

【연단위 복리】

회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때, 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.

원금 100원, 이자율 연 10%를 가정할 때

- 1년 후 원리금 : 100원 + (100원×10%) = 110원
- 2년 후 원리금 : 110원 + (110원×10%) = 121원

- 나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 이 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)의 「업무자료/보험업무」 내 「보험상품자료」에서 확인할 수 있습니다.

- 다. 적용이율 : 보험료 산출시 적용한 이율로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다.

- 라. 보험계약대출이율 : 보험계약대출에 적용되는 이율로써 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정되며, 보험금의 지급 또는 보험료의 환급을 지연하는 경우 등에도 적용됩니다.

- 마. 해약환급금 : 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

가. 보험기간 : 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일 : 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, ‘관공서의 공휴일에 관한 규정’에 따른 공휴일(대체공휴일 포함)과 근로자의 날을 제외합니다.

5. 보험료 관련 용어

가. 보장보험료와 적립보험료를 합하여 보험료라 합니다.

나. 보장보험료 : 보험금을 지급하는데 필요한 순보험료와 부가 보험료로 구성되어있습니다.

다. 적립보험료 : 회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료를 말합니다.

라. 적립순보험료 : 적립보험료에서 적립부분에 해당하는 부가보험료를 제외한 보험료를 말합니다.

마. 부가보험료 : 회사 운영에 필요한 계약체결비용 및 계약관리비용과 보험금 지급조사를 위한 손해조사비용으로 구성됩니다.

6. 기타 관련 용어

순수보장 보험 : 계약의 만기시에 지급되는 보험금이 전혀 없는 보장성 보험을 말합니다.

이 상품 중 1종(해약환급금미지급형Ⅱ(납입중0%,납입후50%))은 순수보장성 보험으로 회사는 계약자에게 만기환급금을 지급하지 않습니다.

제2관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 아래와 같이 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 일반상해후유장해(80%이상)보장, 일반상해후유장해(80%이상)(태아보장)보장 : 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표1】『장해분류

표』에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 이 보장의 보험가입금액을 일반상해후유장해(80%이상) 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

2. 일반상해후유장해(80%미만)보장, 일반상해후유장해(80%미만)(태아보장)보장 : 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표1】 『장해분류표』에서 정한 각 장해지급률이 80% 미만에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 【별표1】 『장해분류표』에서 정한 지급률을 이 보장의 보험가입금액에 곱하여 산출된 금액을 일반상해후유장해(80%미만) 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원, 정신병원

- ⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.
- ⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에

는 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 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전. 다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다.
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제6조(보험금 지급사유의 통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제7조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장애진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에 정합니다.
 1. 소송제기
 2. 분쟁조정 신청
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험

자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우

6. 보험수익자와 회사가 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【분쟁조정 신청】

분쟁조정 신청은 이 약관의 「분쟁의 조정」 조항에 따르며 분쟁조정 신청 대상기관은 금융감독원의 금융분쟁조정위원회를 말합니다.

- ③ 제2항에 의하여 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 지급합니다.
- ④ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 지급 보험금으로 지급합니다.

【가지급보험금】

보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단되는 경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도로 피보험자가 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급하는 임시 교부금을 말합니다.

- ⑤ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때 (제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 【별표1-1】 『보험금을 지급할 때의 적립이율 계산』에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제17조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실 확인이 끝

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

- ⑦ 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제9조(공시이율의 적용 및 공시)

【1종(해약환급금미지급형Ⅱ(납입중0%,납입후50%))】

해당 사항 없습니다.

【2종(표준형)】

- ① 이 계약의 적립순보험료(적립보험료에서 계약체결비용 및 계약관리비용 등을 차감한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)에 대한 적립이율은 매월 1일 회사가 정한 보장성 공시이율(5)(이하“공시이율”로 합니다)로 하며, 매월 1일부터 해당월 말일까지 1개월간 확정 적용합니다.
- ② 제1항의 공시이율은 이 계약의 사업방법서에서 정하는 바에 따라 회사의 운용자산이익률과 객관적인 외부지표금리를 가중평균하여 산출된 공시기준이율에서 향후 예상수익 등을 고려한 조정률을 가감하여 공시이율을 결정합니다.
- ③ 다만, 보험기간 중에 「공시이율」이 변경되는 경우에는 변경된 시점 이후부터 변경된 이율을 적용하며, 최저보증이율은 연단위 복리 0.5%로 합니다.
- ④ 회사는 제1항 내지 제2항에서 정한 「공시이율」 및 산출방법 등을 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

【적립부분 적립이율】

적립부분 계약자적립액 계산시 적립부분 순보험료에 대한 이자를 계산할 때 적용하는 이율을 말합니다.

【공시이율】

전통적인 보험상품에 적용되는 이율이 장기·고정금리가기 때문에 시중금리가 급격하게 변동할 경우 이에 대응하지 못하는 점을 고려하여, 시중의 지표금리 등에 연동하여 일정기간마다 변동되는 이율을 말합니다.

【운용자산이익률】

직전 1년간의 운용자산에 대한 투자영업수익과 투자영업 비용 등을 고려하여 산출

【외부지표금리】

국고채, 회사채, 통화안정증권, 양도성예금증서 등을 고려하여 산출

【최저보증 이율】

회사의 운용자산이익률 및 외부지표금리가 하악하더라도 회사에서 지급을 보증하는 최저한도의 적용이율입니다. 예를 들어, 계약자적립액이 공시이율에 따라 적립되며 공시이율이 0.1%인 경우, 계약자적립액은 공시이율(0.1%)이 아닌 최저보증이율(0.5%)로 적립됩니다.

제10조(만기환급금의 지급)

【1종(해약환급금미지급형Ⅱ(납입중0%,납입후50%))】

해당 사항 없습니다.(순수보장성 보험으로 만기환급금을 지급하지 않습니다.)

【2종(표준형)】

- ① 회사는 보험기간이 끝난 때에는 적립순보험료에 대하여 보험료납입일(회사에 입금된 날을 말합니다)부터 「공시이율」로 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 적립한 금액을 만기환급금(중도인출이 있는 경우 중도인출 원금과 이자를 차감하고 적립한 금액을 말합니다)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험기간 중에 공시이율이 변경되는 경우에는 변경된 시점 이후부터 제9조(공시이율의 적용 및 공시) 제1항에 따라 변경된 이율을 적용하며, 최저보증이율은 연단위 복리 0.5%로 합니다.
- ② 다만, 제28조(보험료의 납입면제) 제11항에 따라 적립보험료 납입이 중지되고 보험기간이 끝난 때에는 납입 중지 전까지 납입된 적립순보험료에 대하여 보험료납입일(회사에 입금된 날을 말합니다)로부터 이 보험의 공시이율로 적립한 금액을 만기환급금으로 보험수익자에게 지급합니다.
- ③ 회사는 계약자 및 보험수익자의 청구에 의하여 제1항에 의한 만기환급금을 지급하는 경우 청구일부터 3영업일 이내에 지급합니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험²⁵⁰⁴ 약관

- ④ 회사는 제1항에 의한 만기환급금의 지급시기가 되면 지급시기 7일 이전에 그 사유와 지급할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 만기환급금을 지급함에 있어 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 【별표1-1】 『보험금을 지급할 때의 적립이율 계산』에 따릅니다.
- ⑤ 적립보험료 등의 감액 시 만기환급금이 없거나 최초가입시 안내한 만기환급금보다 적어질 수 있습니다.

제11조(보험금 받는 방법의 변경)

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액과 적용이율을 연단위 복리로 계산한 금액 중 큰 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액과 적용이율을 연단위 복리로 할인한 금액 중 큰 금액을 지급합니다.

제12조(주소변경통지)

- ① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
- ② 제1항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제13조(보험수익자의 지정)

계약자는 보험수익자를 지정할 수 있으며, 보험수익자를 지정하지 않은 때

에는 보험수익자를 제10조(만기환급금의 지급) 제1항의 경우는 계약자로 하고, 사망보험금의 경우는 피보험자의 법정상속인으로 하며, 이외의 보험금은 피보험자로 합니다.

【법정상속인】

법정상속인이라 함은 피상속인의 사망에 의하여 민법의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자를 말합니다.

제14조(대표자의 지정)

- ① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
- ② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.
- ③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

【계약자가 2명 이상인 경우】

계약자가 2명 이상인 경우, 계약 전 알릴 의무, 보험료납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 연대로 합니다.

【연대】

2인 이상이 공동으로 책임지는 것을 뜻하며, 각자가 채무의 전부를 이행할 책임을 지되(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과는 다름), 다만 어느 1인의 이행으로 나머지 사람들도 책임을 면하게 되는 것을 말합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제15조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 「계약 전 알릴 의무」라 하며, 상법상 「고지의무」와 같습니다)합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

【계약 전 알릴 의무】

상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약할 때에 회사가 청약서에서 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반하는 경우 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

【계약 전 알릴 의무 이행 절차】

보험계약자, 피보험자는 보험에 가입할 때 청약서의 질문사항에 사실대로 기재하고 자필서명(전자서명 포함)을 해야 합니다(단, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에는 음성녹음으로 대체합니다).

【상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)】

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

【상법 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)】

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

【사례】

계약 청약을 하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않았을 경우에는 보험설계사에게만 고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

- ※ 의료법 제3조(의료기관) 내지 제3조의2(병원등)의 규정에 의한 병원 : 30개 이상의 병상(또는 요양병상)을 갖춘 병원, 치과병원, 한방병원(또는 요양병원)
- ※ 의료법 제3조(의료기관) 내지 제3조의3(종합병원)의 규정에 의한 종합병원 : 100개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

제16조(상해보험계약 후 알릴 의무)

- ① 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체 없이 회사에 알려야 합니다.

1. 보험증권 등에 기재된 직업 또는 직무의 변경
 - 가. 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
 - 나. 직업이 없는 자가 취직한 경우
 - 다. 현재의 직업을 그만둔 경우

[직업]

- 1) 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안(예: 6개월 이상) 계속하여 종사하는 일
- 2) 1)에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분에 따르는 위치나 자리를 말함
예) 학생, 미취학아동, 무직 등

[직무]

직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
4. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

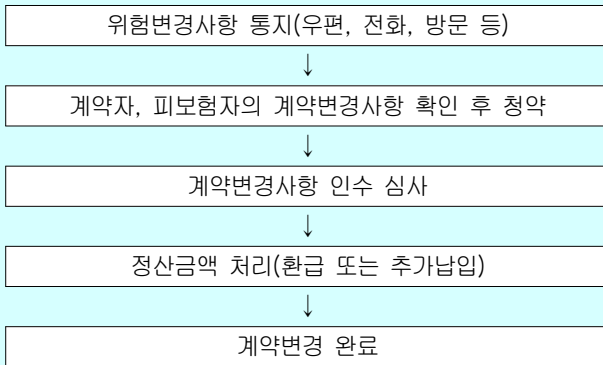
동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우(다만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다.)

【위험변경 시 해약환급금 정산】

제1항에 따라 위험이 증가·감소되는 경우 이후기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

- ② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제23조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

【위험변경에 따른 계약변경 절차】



- ③ 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 “정산금액”이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 일시납 또는 잔여 보험료 납입 기간과 5년 중 큰 기간(단, 잔여 보험기간을 초과할 수 없음) 동안의 분납 중 선택하여 정산금액을 납입하여야 합니다. 다만, 보험료 갱신형 계약 등 일부 보험계약의 경우 분납이 제한될 수 있습니다.

- ④ 제1항의 통지에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 회사가 청구한 추가보험료(정산금액을 포함합니다)를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 위험이 증가되기 전에 적용된 보험요율(이하 「변경전 요율」이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 「변경후 요율」이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 증가된 위험과 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래 대로 지급합니다.
- ⑤ 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 제1항 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 따라 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

【중대한 과실】

주의의무의 위반이 현저한 과실, 「중대한 과실」, 즉 현저한 부주의, 태만의 경우로서 조금만 주의를 하였다면 충분히 피해의 발생을 막을 수 있었음에도 그 주의조차 태만히 한 높은 강도의 주의의무위반

【계약자적립액】

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

제17조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제15조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
 2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제16조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자 또는 피보험자의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때
- ② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

사는 계약을 해지할 수 없습니다.

1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 3. 계약을 체결한 날(갱신형 계약의 경우 최초 계약해당일을 말합니다)부터 3년이 지났을 때
 4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때. 다만, 계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다.
 5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제37조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 ‘반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다’라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송

신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

- ⑤ 제1항 제2호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제16조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.
- ⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.
- ⑧ 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다. 다만, 부활(효력회복)이 여러차례 발생한 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

제18조(사기에 의한 계약)

계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기 사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제4관 보험계약의 성립과 유지

제19조(보험계약의 성립)

- ① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

【보험가입금액 제한】

피보험자가 가입 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법을 말합니다.

【일부보장 제외(부담보)】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정 질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법을 말합니다.

【보험금 삭감】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 감소하는 위험에 대해 적용하여 보험 가입 후 일정기간 내에 보험사고가 발생할 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법을 말합니다.

【보험료 할증】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 정도에 따라 특별보험료를 추가로 부가하는 방법을 말합니다.

- ③ 회사는 계약의 청약을 받고 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균 공시이율+1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 청약일로부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치

료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.

- ⑥ 제5항의 「청약일로부터 5년이 지나는 동안」 이라 함은 이 약관 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑦ 이 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제20조(청약의 철회)

- ① 계약자는 보험증권을 받은 날 부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

【전문금융소비자】

보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비자보호에 관한 법률」 제2조(정의) 제9호에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

【일반금융소비자】

전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(만65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- ③ 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 「서면 등」 이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.
- ④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약 제8조(보험금의 지급절차)에서 보험금 지급이 지연되는 경우 적용되는 이자율을 적용하여 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.

- ⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.
- ⑥ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제21조(약관교부 및 설명의무 등)

- ① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 다음 각 호의 방법 중 계약자가 원하는 방법을 확인하여 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 제공하여 드립니다. 만약, 회사가 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.
 - 1. 서면교부
 - 2. 우편 또는 전자우편
 - 3. 휴대전화 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시
- ② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우 회사는 계약자가 가입한 특약만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.
 - 1. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

【약관의 중요한 내용】

사회통념에 비추어 고객이 보험계약체결의 여부나 대가를 결정하는 데 직접적인 영향을 미칠 수 있는 사항을 말하는 것으로서, 보통약관에 기재되어 있는 보험상품의 내용, 보험료율의 체계, 보험청약서상 기재사항의 변동 및 보험자의 면책사유 등 다음의 내용을 말합니다.

- 청약의 철회에 관한 사항
- 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건
- 고지의무 위반의 효과
- 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
- 해약환급금에 관한 사항
- 분쟁조정절차에 관한 사항
- 만기 시 자동갱신되는 보험계약의 경우 자동갱신의 조건
- 저축성 보험계약의 공시이율
- 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항
- 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

【통신판매계약】

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

- ③ 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자가 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날 부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

【전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명】

서명자를 확인하고 서명자가 당해 전자문서에 서명을 하였음을 나타내는데 이용하기 위하여 당해 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말합니다.

【자필서명】

날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제2항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.
1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
 2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우
- ⑤ 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제22조(계약의 무효)

- ① 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이 계약을 적용합니다.
 2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력

이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.

3. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

- ② 보험료 납입이 면제된 경우 제1항의 「이미 납입한 보험료」는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

【상법 제731조(타인의 생명의 보험)】

타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결시에 그 타인의 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함한다)에 의한 동의를 얻어야 한다.

【상법 시행령 제44조의 2(타인의 생명보험)】

법 제731조 제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.

1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하“전자서명”이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

【심신상실자 및 심신박약자】

< 심신상실자 >

심신상실자(心神喪失者)라 함은 의식은 있으나 장애의 정도가 심하여 자신의 행위 결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 사람을 말합니다.

<심신박약자>

심신박약자(心神薄弱者)라 함은 심신상실의 상태까지는 이르지 않았으나, 마음이나 정신의 장애로 인하여 사물을 변별할 능력이나 의사를 결정할 능력이 미약한 사람을 말합니다.

제23조(계약내용의 변경 등)

- ① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
 1. 보험종목
 2. 보험기간
 3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
 4. 계약자, 피보험자
 5. 보험가입금액, 보험료 등 기타 계약의 내용다만, 1종(해약환급금미지급형 II(납입중0%,납입후50%))의 경우 보험종목, 보험기간, 보험료 납입기간, 피보험자의 변경, 보험가입금액의 증액 및 보장의 추가는 신청할 수 없습니다.
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙을 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

【부가설명】

계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 회사가 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급한 경우 변경된 보험수익자에게는 별도로 보험금을 지급하지 않습니다.

- ③ 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.
- ④ 회사는 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야

할 해약환급금이 있을 때에는 제37조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

【감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약 시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것을 말합니다.(이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어듭니다)

- ⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑥ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

【해약환급금 정산】

보험기간, 납입기간 등 계약내용의 변경이 있는 경우 이후기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환 받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

【보험가입금액 등의 감액 시 환급금】

보험가입금액, 보험료 등의 감액 시에는 환급금이 없거나 최초가입시 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

제24조(보험나이 등)

- ① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제22조(계약의 무효) 제1항 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.
- ② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
- ③ 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 청약서상 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【보험나이 계산 예시】

생년월일 : 1990년 10월 2일, 현재(계약일) : 2030년 4월 13일
⇒ 2030년 4월 13일 - 1990년 10월 2일 = 39년 6월 11일 = 40세

【계약해당일】

최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

(예시)

계약일 : 2030년 10월 1일 → 계약해당일 : 10월 1일

계약일 : 2032년 2월 29일 → 계약해당일 : 2월 말일

제25조(계약의 소멸)

- ① 제3조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 일반상해후유장해(80%이상) 보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 일반상해후유장해(80%이상)보장은 소멸되며, 이 보장의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

【계약자적립액】

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

【사망에 관한 세부규정】

이 보험에서 정하는 사망은 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 상해로 인하여 사망한 것으로 정 부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우 에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

제5관 보험료의 납입

제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
- ② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

【보장개시일】

회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
 1. 제15조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

첫음을 회사가 증명하는 경우

2. 제17조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

제27조(제2회 이후 보험료의 납입)

계약자는 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국을 포함합니다)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

【납입기일】

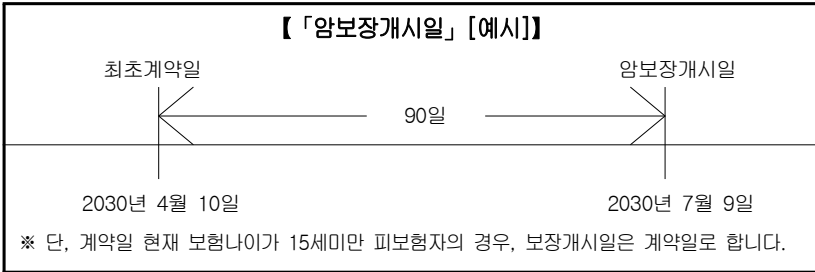
계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제28조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 피보험자가 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생하고 계약이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후의 보장 보험료 납입을 면제하여 드립니다.
 1. 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 장해분류표(【별표1】『장해분류표』 참조)에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때
 2. 보험기간 중에 진단 확정된 질병의 직접결과로써 장해분류표(【별표1】『장해분류표』 참조)에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우
 3. 「암보장개시일」 이후 「암」으로 진단 확정된 경우
 4. 「뇌혈관질환」으로 진단 확정된 경우
 5. 「허혈성심장질환」으로 진단 확정된 경우
 6. 「암보장개시일」 이후 「중증갑상선암」으로 진단 확정된 경우

7. 「만성당뇨합병증」으로 진단 확정된 경우

- ② 제1항 제3호 및 제6호의 「암보장개시일」은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 보장개시일은 보험계약일로 합니다.



- ③ 제1항에도 불구하고 제도성 특별약관 「9-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 의하여 갱신된 갱신형 특별약관의 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 납입면제는 적용하지 않으며 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다. 다만, 갱신 후 계약의 보험기간 중 제1항에서 정한 보험사고가 발생한 경우에는 납입면제를 새롭게 적용하며, 이 경우 갱신계약의 「암」에 대한 보장개시일은 해당 특별약관의 갱신일로 합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 갱신 후 계약의 납입면제 적용시 제1항 제3호 및 제6호의 「암」 또는 「중증갑상선암」의 경우 갱신후 계약의 보험기간 중 갱신전에 발생한 「암」 또는 「중증갑상선암」과 다른 새로운 「원발암」으로 진단 확정된 경우에는 납입면제를 새롭게 적용합니다.

【원발암】

암이 발생한 부위가 아닌 다른 부위에 새로 발생한 암으로써 기존 암과는 서로 다른 조직병리학적특성(Histopathological Appearance)을 가진 암을 말합니다.

- ⑤ 제1항 제3호 및 제6호의 「암보장개시일」 전일 이전에 진단 확정된 「암」 또는 「중증갑상선암」과 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 제1항 제3호에서 정한 보장보험료 납입면제사유가 발생한 경우 회사는 해당 질병과 관련된 보장보험료 납입을 면제하지 않습니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

다만, 청약일부터 보장개시일 전일 이전에 「암」 또는 「중증갑상선암」으로 진단 확정 받더라도 「보장개시일 이후 5년이 지나는 동안」 그 「암」 또는 「중증갑상선암」으로 추가 진단(단순건강 검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 보장개시일부터 5년이 지난 이후에는 보장보험료의 납입을 면제합니다.

- ⑥ 제5항의 「보장개시일 이후 5년이 지나는 동안」이라 함은 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑦ 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑧ 제1항에도 불구하고, 계약 체결시 피보험자가 태아인 경우에는 출생일 이전에 납입면제 사유 발생시 출생일 이후의 보장보험료 납입을 면제하여 드립니다.
- ⑨ 제1항 및 제2항에도 불구하고 「Ⅶ. 부양자 관련 특별약관」에 대해서는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.
- ⑩ 제1항 및 제2항에도 불구하고 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 해당하는 사유로 보험사고가 발생한 경우에는 보장보험료 납입을 면제하여 드리지 않습니다.
- ⑪ 회사는 제1항 및 제2항에 따라 보장보험료 납입이 면제된 경우에는 차회 이후의 적립보험료 납입을 중지합니다.
- ⑫ 제1항 내지 제2항에도 불구하고 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.
- ⑬ 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 제2항의 「암」 또는 「중증갑상선암」에 대한 보장개시는 부활(효력회복)일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.
- ⑭ 계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 납입면제 사유가 발생한 경우에는

제6조(보험금 지급사유의 통지)에 따라 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제29조(보험료의 납입면제에 관한 세부규정)

- ① 제28조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호 및 제2호로 인한 보험료 납입면제에 관한 세부규정은 다음 각 호에서 정한 사항을 따릅니다.
 1. 제28조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호 및 제2호에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표1】『장해분류표』에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
 2. 제1호에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
 3. 【별표1】『장해분류표』에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 【별표1】『장해분류표』의 구분에 준하여 보험료 납입 면제 여부를 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
 4. 보험수익자와 회사가 제28조(보험료의 납입면제) 제1항 제1호 및 제2호의 보험료 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
 5. 같은 상해 또는 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

후유장해 지급률을 더하여 보험료 납입면제 여부를 결정합니다. 다만, 【별표1】『장해분류표』의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6. 다른 상해 또는 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다. 다만, 【별표1】『장해분류표』의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
7. 이미 이 계약에서 보험료의 납입면제사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 납입면제를 적용받지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6호에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 장해지급률을 최종 후유장해 상태에 해당하는 장해지급률에서 차감하여 결정합니다.
- ② 제28조(보험료의 납입면제) 제1항 제3호에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서 「기타 피부암」 및 「갑상선암」을 제외한 질병(【별표14】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ③ 제2항의 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말하며, 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.
- ④ 제2항의 「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에

대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병사인분류 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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

- ⑤ 제28조(보험료의 납입면제) 제1항 제4호에서 「뇌혈관질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 뇌혈관질환으로 분류되는 질병(【별표23】 『뇌혈관질환 분류표』 참조)을 말합니다.
- ⑥ 제5항의 「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 「뇌혈관질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

- ⑦ 제28조(보험료의 납입면제) 제1항 제5호에서 「허혈성심장질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 허혈성심장질환으로 분류되는 질병(【별표28】『허혈성심장질환 분류표』 참조)을 말합니다.
- ⑧ 제7항의 「허혈성심장질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상거 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
1. 보험기간 중 「허혈성심장질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 「허혈성심장질환」으로 확정되거나 추정되는 경우
- ⑨ 제28조(보험료의 납입면제) 제1항 제6호에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병을 말합니다. 「중증갑상선암」이라 함은 갑상선암 중에서 「갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)」 또는 「갑상선 역형성암(미분화암, Anaplastic Thyroid Cancer)」에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑩ 제9항의 「중증갑상선암」에 대한 진단은 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 진단 확정된 경우에 한합니다.

【예시】

특정암(원발부위가 중증갑상선암이 아닌 암)으로 암진단비에서 보장을 받은 후 특정암이 중증갑상선암으로 전이되었다면 중증갑상선암진단비는 지급되지 않습니다. 즉, 중증갑상선암으로 중증갑상선암진단비에서 보장을 받으려면 중증갑상선암은 전이암이 아닌 원발암이어야 합니다.

- ⑪ 「중증갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사

에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「중증갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「중증갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

⑫ 제28조(보험료의 납입면제) 제1항 제7호에서 「만성당뇨합병증」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「만성당뇨합병증」으로 분류되는 질병으로 **【별표129】 『만성당뇨합병증 분류표』**에서 정한 질병을 말합니다.

⑬ 「만성당뇨합병증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 당뇨병병력과 함께 다음 기준에 의하여 합병증 진단을 받아야 합니다.

1. 당뇨병성 망막증 : 내과와 안과에서 시행한 안저검사 및 형광 안저혈관 조영술을 시행하여 망막 출혈반, 미세동맥류, 면화반, 부종 등의 소견이 보이는 경우
2. 당뇨병성 신증 : 소변검사상 단백뇨가 생길 수 있는 다른 질환이 없는 상태에서 24시간 소변에서 단백질이 500mg 이상 검출된 경우(단백뇨군으로 분류), 혈청 크레아티닌치가 1.5mg/dl 이상인 경우(당뇨로 인한 신부전증으로 분류)
3. 당뇨병성 신경병증 : 말초신경병증과 자율신경병증으로 구분하여 신경전도검사상 당뇨병성 신경병증의 이상소견을 보이거나 Ewing 방법에 의한 심혈관계 자율신

경 기능검사상 이상이 있는 경우

4. 당뇨병성 말초순환장애 : 이학적검사상 피부궤양(Ulcer), 괴저(Gangrene) 및 말초혈관병증(Peripheral Angiopathy)이 있는 경우

- ⑭ 회사는 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료 납입면제를 하지 않습니다.

제30조(보험료의 자동대출납입)

- ① 계약자는 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제38조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.
- ② 제1항의 규정에 의한 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율 이내에서 회사가 별도로 정하는 이율을 적용하여 계산)를 더한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해약환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
- ④ 보험료의 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제37조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

- ⑤ 회사는 보험료의 자동대출 납입기간이 종료된 날부터 15일 이내에 자동 대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함)등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

【자동대출납입】

보험료를 제때에 납입하기 곤란한 경우에 계약자가 자동대출납입을 신청하면 해당 보험 상품의 해약환급금 범위 내에서 납입할 보험료를 자동적으로 대출하여 이를 보험료 납입에 충당하는 서비스를 말합니다.

제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

- ① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)
- ② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ③ 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제 4-36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.
1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
 2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
 3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화(음성녹음) 방법으로 전환하여 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
 4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
 5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것
- ④ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제37조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

【납입최고(독촉)】

약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 것을 말합니다.

제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체보험료와 이에 대한 연체된 이자(보장보험료에 대해서 평균공시이율+1% 범위 내에서 회사가 정하는 이율로 계산한 금액)를 더하여 납입하여야 합니다. 다만, 금리연동형보험은 사업방법서에서 별도로 정한

이율로 계산합니다.

- ② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제15조(계약 전 알릴 의무), 제17조(알릴 의무 위반의 효과), 제18조(사기에 의한 계약), 제19조(보험계약의 성립) 및 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.
- ③ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제15조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제17조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

【부활(효력회복)】

보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해약환급금을 받지 않을 경우 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 것을 말합니다.

제33조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))

- ① 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제23조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.
- ② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙합니다.
- ③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
- ④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다.
- ⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

【용어풀이】

1. 강제집행이란 국가의 집행기관이 채권자를 위하여 집행권원에 표시된 사법상의 청구권을 국가권력으로 강제적으로 실현시키는 것을 말합니다.
2. 담보권실행이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않는 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.
3. 국세 및 지방세 체납처분 절차란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해약환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해약환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제34조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

- ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제37조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 다만, 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자는 그 타인의 동의를 얻거나 보험증권을 소지한 경우에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 계약 체결시 피보험자가 태아이며 계약의 해지 시점이 출생예정일 이후이고 피보험자가 출생자인 경우에는 출생예정일 이후에 해당하는 보험기간에 대해 해당 피보험자에 대한 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

- ③ 제2항에 따라 계약을 해지하여 이미 납입한 보험료를 돌려드리는 경우 계약자는 의사소견서 등 제2항의 태아가 출생하기 전임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.
- ④ 병원 또는 의원에서 제3항의 의사소견서 등을 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
- ⑤ 제22조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면동의의 효력을 한 보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제37조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제34조의2(위법계약의 해지)

- ① 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

【위법계약】

금융소비자보호에 관한 법률 제47조에서 정한 적합성원칙, 적정성원칙, 설명의무, 불공정영업행위 금지 또는 부당권유행위 금지를 위반한 계약을 말합니다.

- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제37조(해약환급금) 제5항(1종에 한함) 및 제5항(2종에 한함)에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제35조(중대사유로 인한 해지)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

【예시】

입원특약에 가입한 피보험자가 20일간 입원하였음에도 불구하고 입원확인서를 변조하여 입원일수 30일에 해당하는 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날로부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 회사는 입원일수 20일에 해당하는 보험금을 지급합니다.

- ② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제37조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제36조(회사의 파산선고와 해지)

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
- ③ 제1항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제37조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제37조(해약환급금)

【1종(해약환급금미지급형Ⅱ(납입중0%,납입후50%))】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 보험료 및 해약환급금 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 **【별표1-1】 『보험금을 지급할 때의 적립이율 계산』**에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

【해약환급금 관련 유의사항】

1. 1종(해약환급금미지급형Ⅱ(납입중0%,납입후50%))은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않는 대신 「해지율을 적용하지 않는 동일한 보장내용의 상품(이하 “표준형 상품”이라 한다.)」 보다 일반적으로 저렴한 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다. 다만, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지되는 경우의 해약환급금은 「표준형 상품」 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
 2. 회사는 계약을 체결할 때 1종(해약환급금미지급형Ⅱ(납입중0%,납입후50%))의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)을 「표준형 상품」과 비교·안내하여 드립니다.
- ④ 제23조(계약내용의 변경 등) 제1항 제5호에서 정한 보험료 등을 감액할 경우 제1항에 정한 해약환급금은 없거나 최초가입시 안내한 금액보다 적어질 수 있습니다.
- ⑤ 제34조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

【2종(표준형)】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 계산합니다. 이때, 적립부분 순보험료에 대하여는 보험료납입일(회사에 입금된 날을 말합니다.)부터 공시이율을 적용하며, 제39조(중도인출)에 따라 중도인출한 경우에는 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 적립부분 계약자적립액에서 중도인출한 금액을 차감하여 계산합니다. 다만, 보험기간 중에 공시이율이 변경되는 경우에는 변경된 시점 이후부터 제9조(공시이율의 적용 및 공시) 제1항에 따라 변경된 이율을 적용하며, 최저보증이율은 연단위 복리 0.5%로 합니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 **【별표1-1】『보험금을 지급할 때의 적립이율 계산』**에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제23조(계약내용의 변경 등) 제1항 제5호에서 정한 보험료 등을 감액할 경우 제1항에 정한 해약환급금은 없거나 최초가입시 안내한 금액보다 적어질 수 있습니다.
- ⑤ 제34조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 반환하여 드립니다.

제38조(보험계약대출)

- ① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 「보험계약대출」이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험 상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
- ② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출 원금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금 지급사유가 발생되어 보험금을 지급하는 날 또는 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.
- ④ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제39조(중도인출)

【1종(해약환급금미지급형Ⅱ(납입중0%,납입후50%))】

해당 사항 없습니다.

【2종(표준형)】

- ① 계약자는 계약일로부터 1년이상 지난 유효한 계약에 대하여 계약자의 신

청이 있는 경우 계약자가 요청하는 시점의 기본계약 해약환급금과 기본 계약 적립부분 해약환급금 중 적은 금액(단, 이 계약에서 정한 보험계약 대출이 있을 경우 그 원금과 이자 합계액 및 이미 중도인출을 한 경우 그 금액을 차감한 후의 잔액을 기준으로 합니다.)의 80% 한도 내에서 중도인출 할 수 있습니다. 중도인출은 매 보험년도마다 12회에 한합니다.

- ② 중도인출시 만기(해지)환급금에서 인출금액 및 인출금액에 적립되었을 이자만큼 차감되므로 만기(해약)환급금이 감소합니다.
- ③ 제1항의 중도인출금을 지급받은 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계약자적립액에서 해당 중도인출금을 차감합니다.

【보험년도】

보험계약일로부터 다음 해의 보험계약 해당일 전일까지 매1년 단위의 연도를 말합니다. 예를 들어, 보험계약일이 2030년 1월 23일인 경우 보험년도는 1월 23일부터 다음 해 1월 22일까지의 1년을 말합니다.

【중도인출금의 한도 예시】

계약자가 요청한 시점에서 계산된 기본계약 해약환급금과 기본계약 적립부분 해약환급금 중 적은 금액이 100만 원인 경우 중도인출 가능액은 80만 원 (100만 원의 80%)이며, 보험계약대출금(원금과 이자의 합계가 30만 원이라고 가정)이 있는 경우 중도인출 가능액은 56만 원(100만 원 - 30만 원 = 70만 원, 70만 원의 80%)입니다.

제40조(배당금의 지급)

회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관 분쟁의 조정 등

제41조(분쟁의 조정)

- ① 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함한다)을 요구할 수 있습니다.

- ② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자보호에 관한 법률」 제42조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제42조(관할법원)

이 계약에 관한 소송 및 민사조정은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제43조(소멸시효)

보험금 청구권, 만기환급금 청구권, 보험료 반환청구권, 해약환급금 청구권, 계약자적립액 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

【소멸시효】

소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급 사유가 2030년 4월 1일에 발생하였음에도 2033년 4월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다.

제44조(약관의 해석)

- ① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.
- ② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
- ③ 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

【신의성실의 원칙】

권리의 행사와 의무의 이행은 신의와 성실을 가지고 행동하여 상대방의 신뢰와 기대를 배반하여서는 안된다는 원칙(「민법」 제2조 제1항)

【민법 제2조(신의성실) 제1항】

- ① 권리의 행사와 의무의 이행은 신의에 좇아 성실히 하여야 한다.

제45조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

- ① 회사는 일반금융소비자에게 청약を 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.
- ② 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.

【보험안내자료】

계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

- ③ 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료(계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다)의 내용이 이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제46조(회사의 손해배상책임)

- ① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생한 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
- ② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

【현저하게 공정을 잃은 합의】

사회통념상 일반 보통인이라면 그 같은 일을 하지 않을 정도로 현저하게 공정성을 잃은 것을 말합니다.

제47조(개인정보보호)

- ① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.
- ② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제48조(준거법)

이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은 금융소비자보호에 관한 법률, 상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

제49조(예금보험에 의한 지급보장)

회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 예금자보호법에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

【예금자보호제도】

예금자보호제도는 예금보험공사에서 평소에 금융기관으로부터 보험료를 받아 기금을 적립한 후, 금융기관이 영업정지나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없게 되면 금융기관을 대신하여 예금을 지급하는 제도를 말합니다.

이 계약은 예금자보호법에 따라 예금보험공사가 보호합니다.(다만,보험계약자 및 보험료납부자가 법인인 계약은 제외)

해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1인당 “5천만원까지”(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 “5천만원까지” 보호됩니다.

무배당 NH굿스타트건강보험²⁵⁰⁴ 특별약관

I. 상해관련 특별약관



[1종, 2종] 1-1. 일반상해사망보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 상해사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 「사망」에는 보험기간에 다음 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.

【민법 제27조(실종의 선고)】

- ① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 않은 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 전쟁종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 않은 때에도 제1항과 같다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 「사망」의 원인 및 사망보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원, 정신병원

제3조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 상해사망보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에서 보장하지 않는 사유로 사망한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 1-2. 일반상해사망(연만기형)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 상해사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 「사망」에는 보험기간에 다음 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.

【민법 제27조(실종의 선고)】

- ① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 않은 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 전쟁종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 않은 때에도 제1항과 같다.
- ② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유)

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

「사망」의 원인 및 사망보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

- ③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
2. 조산원
3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원, 정신병원

제3조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 상해사망보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에서 보장하지 않는 사유로 사망한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 1-3. 일반상해후유장해(50%이상)보장 특별약관, 일반상해후유장해(50%이상)(태아보장)보장 특별약관

※ 일반상해후유장해(50%이상)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 장해분류표(【별표1】『장해분류표』참조)에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해후유장해(50%이상)보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

- ⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 일반상해후유장해(50%이상)보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를

제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급)및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 1-4. 교통상해후유장해(80%이상)(비운전자)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 비운전중 교통사고로 발생한 상해의 직접결과로써 장해분류표(【별표1】『장해분류표』 참조)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 교통상해후유장해(80%이상)보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

발생일 부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

- ③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.
- ⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(비운전중 교통사고의 정의)

이 특별약관에서 「비운전중 교통사고」라 함은 다음 각 호에서 정한 사고 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 것을 말합니다.

1. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않는 상태로 탑승 중이거나 운행 중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 발생한 교통사고
2. 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행 중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다.)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

【 용어풀이 】

1. 「자동차」라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
 - ① 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차
 - ② 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에 정한 건설기계. 다만, 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에 정한 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.

< 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위) >

1. 덤프트럭
 2. 타이어식 기중기
 3. 콘크리트믹서트럭
 4. 트럭적재식 콘크리트펌프
 5. 트럭적재식 아스팔트살포기
 6. 타이어식 굴삭기
 7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계
 - 가. 트럭지게차
 - 나. 도로보수트럭
 - 다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)
- ※ 관련법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함

2. 「기타 교통수단」이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
 2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
 3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함)
 4. 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안에는 기타 교통수단으로 보지 않습니다)
3. 「운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태를 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에도 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)
 2. 하역작업
 3. 자동차 및 기타 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업
 4. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 교통상해후유장해(80%이상)보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 1-5. 교통상해후유장해(80%미만)(비운전자)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 비운전중 교통사고로 발생한 상해의 직접결과로써 장해분류표(【별표1】『장해분류표』 참조)에서 정한 각 장해지급률이 80% 미만에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 장해분류표에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출된 금액을 교통상해후유장해(80%미만)보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

따릅니다.

- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종

후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

- ⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(비운전중 교통사고의 정의)

이 특별약관에서 「비운전중 교통사고」라 함은 다음 각 호에서 정한 사고 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 것을 말합니다.

1. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승 중이거나 운행중인 기타교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때에 발생한 교통사고
2. 운행중인 자동차 및 기타교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행 중인 자동차 및 기타교통수단(적재물을 포함합니다.)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

【 용어풀이 】

1. 「자동차」라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
 - ① 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차
 - ② 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에 정한 건설기계. 다만, 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에 정한 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.

< 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위) >

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴삭기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계
 - 가. 트럭지게차
 - 나. 도로보수트럭
 - 다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

※ 관련법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

2. 「기타 교통수단」이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
 2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
 3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함)
 4. 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안에는 기타 교통수단으로 보지 않습니다)
3. 「운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태를 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에도 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)
 2. 하역작업
 3. 자동차 및 기타 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업
 4. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를

제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 1-6. 스포츠활동중 상해후유장해(80%이상)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 스포츠활동중 사고로 발생한 상해의 직접결과로써 장해분류표(【별표1】『장해분류표』 참조)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 스포츠활동중상해후유장해(80%이상)보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.

- ③ 장애분류표에 해당되지 않는 후유장애는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 장애분류별 최저 지급률 장애정도에 이르지 않는 후유장애에 대하여는 후유장애보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장애가 생긴 경우에는 후유장애 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 상해로 인하여 후유장애가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장애지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장애가 이미 후유장애보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 후유장애보험금에서 이미 지급받은 후유장애보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 이 계약에서 후유장애보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장애를 포함합니다), 후유장애보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장애상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장애에 대한 후유장애보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장애 상태에 해당하는 후유장애보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.
- ⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장애보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(스포츠활동중 사고의 정의)

이 특별약관에서 「스포츠활동중 사고」라 함은 아래에 기재된 스포츠를 그 목적의 스포츠시설(전용시설 또는 그 스포츠를 하기 위한 설비가 있는 병용 시설을 말합니다. 다만, 주택은 제외합니다)내에서 하는 동안 또는 그 스포츠를 하기 위하여 스포츠시설 내에서 착탈의, 휴식, 준비운동 등을 하는 동안 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고를 말합니다.

1. 레슬링, 권투, 씨름, 태권도, 미식축구 및 이와 유사한 운동경기
2. 등산, 스키, 하키, 마술(馬術), 럭비, 축구, 경식야구, 유도, 핸드볼, 농구, 체조, 및 이와 유사한 운동경기
3. 검도, 펜싱, 사이클, 스케이트, 탁구, 정구, 수구, 연식야구, 사격, 배구, 보트, 요트, 육상경기, 역도, 배드민턴, 골프, 궁도 및 이와 유사한 운동경기

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 스포츠활동중상해후유장해(80%이상) 보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 1-7. 스포츠활동중 상해후유장해(80%미만)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 스포츠활동중 사고로 발생한 상해의 직접결과로써 장해분류표(【별표1】『장해분류표』 참조)에서 정한 각 장해지급률이 80% 미만에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 장해분류표에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출된 금액을 스포츠활동중상해후유장해(80%미만)보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.
- ⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(스포츠활동중 사고의 정의)

이 특별약관에서 「스포츠활동중 사고」라 함은 아래에 기재된 스포츠를 그 목적의 스포츠시설(전용시설 또는 그 스포츠를 하기 위한 설비가 있는 병용시설을 말합니다. 다만, 주택은 제외합니다)내에서 하는 동안 또는 그 스포츠를 하기 위하여 스포츠시설 내에서 착탈의, 휴식, 준비운동 등을 하는 동안 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고를 말합니다.

1. 레슬링, 권투, 씨름, 태권도, 미식축구 및 이와 유사한 운동경기

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

2. 등산, 스키, 하키, 마술(馬術), 럭비, 축구, 경식야구, 유도, 핸드볼, 농구, 체조, 및 이와 유사한 운동경기
3. 검도, 펜싱, 사이클, 스케이트, 탁구, 정구, 수구, 연식야구, 사격, 배구, 보트, 요트, 육상경기, 역도, 배드민턴, 골프, 궁도 및 이와 유사한 운동경기

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 1-8. 통합상해진단비(연간1회한)보장 특별약관, 통합상해진단비(연간1회한)(태아보장)보장 특별약관

- ※ 통합상해진단비(연간1회한)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.
- ※ 통합상해진단비(연간1회한)보장 특별약관은 3개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.
 - ① 통합상해진단비(경증상해)(부위별 연간1회한)

- ② 통합상해진단비(중등증상해)(부위별 연간1회한)
- ③ 통합상해진단비(중증증상해)(부위별 연간1회한)

※ 통합상해진단비(연간1회한)(태아보장)보장 특별약관은 3개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- ① 통합상해진단비(경증증상해)(부위별 연간1회한)(태아보장)
- ② 통합상해진단비(중등증상해)(부위별 연간1회한)(태아보장)
- ③ 통합상해진단비(중증증상해)(부위별 연간1회한)(태아보장)

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 「통합상해사고」로 진단확정된 경우 보험수익자에게 세부보장에 따라 각각 부위별로 연간 1회에 한하여 아래와 같이 통합상해진단비를 지급합니다.

구 분	부위	지급금액
1. 통합상해진단비(경증증상해)(부위별 연간1회한)	머리 및 목	이 보장 보험가입금액의 100%
	복부 및 등	
	어깨 및 팔	
	손목 및 손	
	엉덩이 및 다리	
	발목 및 발	
	기타	
2. 통합상해진단비(중등증상해)(부위별 연간1회한)	머리 및 목	이 보장 보험가입금액의 100%
	복부 및 등	
	어깨 및 팔	
	손목 및 손	
	엉덩이 및 다리	
	발목 및 발	
	기타	
3. 통합상해진단비(중증증상해)(부위별 연간1회한)	머리 및 목	이 보장 보험가입금액의 100%
	복부 및 등	
	어깨 및 팔	
	손목 및 손	
	엉덩이 및 다리	
	발목 및 발	
	기타	

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ② 제1항의 「연간」 이라 함은 보험계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(통합상해사고의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「통합상해사고」라 함은 「통합상해사고 분류표」(【별표130】통합상해사고 분류표 참조)에서 정한 상해사고를 말합니다.
- ② 「통합상해사고」 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 전산화단층촬영(CT scan), 자기공명영상(MRI), 방사선 촬영(X-ray), 기타 정밀검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「통합상해사고」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차

는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 1-9. 골절진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 골절분류표(【별표3】『골절 분류표』참조)에서 정한 골절로 진단확정된 경우에는 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 골절진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시에는 1회에 한하여 골절진단비를 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 1~10. 골절진단비(치아파절제외)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 골절(치아파절제외) 분류표(【별표4】『골절(치아파절제외) 분류표』 참조)에서 정한 골절로 진단확정된 경우 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 골절진단비(치아파절제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시에는 1회에 한하여 골절진단비(치아파절제외)를 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고, 그 원인의 직·간접을 묻지 않고 치아파절손해는 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 동일한 사고로 골절(치아파절제외)이 치아파절과 동시에 발생한 경우는 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항을 따릅니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 1-11. 골절잔대배(출산시골절포함)보장 특별약관, 골절잔대배(출산시골절포함)(태아보장)보장 특별약관

제1조(특별약관의 체결)

이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 출생전자녀가입 특별약관의 태아를 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 골절(출산시골절포함) 분류표 (【별표5】『골절(출산시골절포함) 분류표』참조)에서 정한 골절로 진단 확정된 경우에는 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 골절진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시에는 1회에 한하여 골절진단비를 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원, 정신병원

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조

(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 1-12. 골절진단비(치아파절제외)(출산시골절포함)보장 특별약관,
골절진단비(치아파절제외)(출산시골절포함)(태아보장)보장 특별약관

제1조(특별약관의 체결)

이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 출생전자녀가입 특별약관의 태아를 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 골절(치아파절제외)(출산시골절포함) 분류표(【별표6】『골절(치아파절제외)(출산시골절포함) 분류표』 참조)에서 정한 골절로 진단 확정된 경우 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 골절진단비(치아파절제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시에는 1회에 한하여 골

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

절진단비(치아파절제외)를 지급합니다.

- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 회사는 제3조(보험금의 지급사유)에도 불구하고, 그 원인의 작·간접을 묻지 않고 치아파절손해는 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 동일한 사고로 골절(치아파절제외)이 치아파절과 동시에 발생한 경우는 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 1-13. 5대골절진단비보장 특별약관, 5대골절진단비(태아보장)보장 특별약관

※ 5대골절진단비(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 5대골절분류표(【별표7】『5대골절 분류표』참조)에서 정한 5대골절로 진단확정된 경우에는 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 5대골절진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시에는 1회에 한하여 5대골절진단비를 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험²⁵⁰⁴ 약관

음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 1-14. 화상진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 화상분류표(【별표8】『화상 분류표』참조)에서 정한 화상으로 진단확정된 경우에는 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 화상진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 화상이라 함은 화상분류표에서 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.
- ③ 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 상해를 직접적인 원인으로 두가지 이상의 화상 상태인 경우에도 1회에 한하여 화상진단비를 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 1-15. 중대한 화상 및 부식진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 「중증 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)」으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중대한 화상 및 부식진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(중증 화상 및 부식의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 특별약관에서 「중증 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)」이라 함은 '9의 법칙(Rule of 9's)' 또는 '룬드와 브라우더 신체 표면적 차트(Lund & Browder chart)'에 의해 측정된 신체 표면적으로 최소 20% 이상의 3도 화상 또는 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)을 입은 경우를 말합니다.

단, '9의 법칙' 또는 '룬드와 브라우더 신체 표면적 차트' 측정법처럼 표준화되고 임상학적으로 받아들여지는 다른 신체 표면적 차트를 사용하여 유사한 결과가 나온 것도 인정합니다.

- ② 「중증 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)」의 진단확정은 의료법 제3조 및 제5조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과 의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

또한, 회사가 「중증 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 중대한 화상 및 부식진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에

따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 1-16. 아나필락시스쇼크진단비(연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 아나필락시스쇼크로 진단 확정된 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관 보험가입금액을 아나필락시스쇼크진단비(연간1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 「연간」이라 함은 보험계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.
- ③ 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(아나필락시스쇼크의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「아나필락시스쇼크」라 함은 제8차 한국표준질병·사인 분류에 있어서 아나필락시스쇼크로 분류되는 상병(【별표89】『아나필락시스쇼크 분류표』참조)을 말합니다.

【용어풀이】

아나필락시스쇼크는 외부에서 들어온 물질에 대해 급격하게 매우 심각하고 전신적으로 나타나는 면역반응으로, 호흡곤란이나 혈압저하, 의식저하 등이 발생할 수 있으며, 적절한 치료를 시행하지 않을 경우 사망에 이르기기도 합니다.

- ② 「아나필락시스쇼크」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한 회사가 「아나필락시스쇼크」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를

제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[2종] 1-17. 성장판손상골절진단비 보장 특별약관, 성장판손상골절진단비(태아보장)보장 특별약관

※ 성장판손상골절진단비(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 「성장판부위골절」로 진단확정되고 동일부위에 「성장판 손상」에 대한 의사의 진단이 있는 경우 1사고당 이 특별약관의 가입금액을 성장판손상골절진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 성장판부위골절상태가 발생하고 성장판 손상이 있는 경우에는 1회에 한하여 성장판손상골절진단비를 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(성장판부위골절의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「성장판부위골절」라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「성장판부위골절」으로 분류되는 상병(【별표13】『성장판부위골절분류표』 참조)에 해당하는 상병을 말합니다.
- ② 「성장판 손상」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 X-ray, CT, MRI 등 영상검사를 기초로 내려져야 합니다.

제4조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진단서(Salter-Harris 분류에 따른 손상Type 기재 등), 골절 촬영 영상 사진 또는 이에 준하는 판독자료, 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령 및 납입면제에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 1-18. 일반상해수술비보장 특별약관, 일반상해수술비(태아보장)보장 특별약관

※ 일반상해수술비(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 수술을 받은 경우에는 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 하나의 사고로 두가지 이상의 상해수술을 받은 경우에는 하나의 상해수술비만 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술

- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술
- ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 천자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다) · 축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
 - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로 회복을 위한 수술은 포함합니다)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 1-19. 일반상해수술비Ⅲ보장 특별약관, 일반상해수술비Ⅲ(태아보장)보장 특별약관

※ 일반상해수술비Ⅲ(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 제3조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술(창상복합수술제외)을 받은 경우에는 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해수술비Ⅲ로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 「창상복합수술」이라 함은 제4조(창상복합수술의 정의)에 해당하는 진료행위를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 하나의 사고로 두가지 이상의 상해수술을 받은 경우에는 하나의 보험금

만 지급합니다.

- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
 - 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
 - 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
 - 기타 이와 유사한 시술
- ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제4조(창상봉합술의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「창상봉합술」이라 함은 「급여 창상봉합술 대상 수가코드」 (【별표94】 급여 창상봉합술 대상 수가코드)에 해당하는 진료행위를 말하며 해당 진료행위의 기준일자는 치료개시일(해당 질병의 진료를 위하여 최초로 내원(입원을 포함합니다)한 날을 말합니다)로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약 체결시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」과 진료심사평가위원회가 심의·결정한 「심사지침」의 개정으로 「급여 창상봉합술」의 기준이 변경될 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
- ③ 제1항의 「창상봉합술」은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산

2. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 천자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)
 - 축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
 - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상
6. **【별표94】『급여 창상봉합술 대상 수가 코드』에 해당 하는 창상봉합술**

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI) 필수 기재), 진료기록부 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원, 정신병원

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 1-20. 일반상해수술비(1-5종)보장 특별약관, 일반상해수술비(1-5종)(태아보장)보장 특별약관

- ※ 일반상해수술비(1~5종)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.
- ※ 일반상해수술비(1-5종)보장 특별약관은 5개의 세부보장[일반상해수술비

(1종), 일반상해수술비(2종), 일반상해수술비(3종), 일반상해수술비(4종), 일반상해수술비(5종)]으로 구성되어 있습니다.

- ※ 일반상해수술비(1~5종)(태아보장)보장 특별약관은 5개의 세부보장[일반상해수술비(1종)(태아보장), 일반상해수술비(2종)(태아보장), 일반상해수술비(3종)(태아보장), 일반상해수술비(4종)(태아보장), 일반상해수술비(5종)(태아보장)]으로 구성되어 있습니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표10】 『1~5종 수술분류표』에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 수술 종류에 따라 아래 금액을 일반상해수술비(1~5종)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액
일반상해수술비(1종)	일반상해수술비(1종)보장 보험가입금액의 100%
일반상해수술비(2종)	일반상해수술비(2종)보장 보험가입금액의 100%
일반상해수술비(3종)	일반상해수술비(3종)보장 보험가입금액의 100%
일반상해수술비(4종)	일반상해수술비(4종)보장 보험가입금액의 100%
일반상해수술비(5종)	일반상해수술비(5종)보장 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 회사는 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 보험금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 일반상해수술비(1~5종)을 지급합니다. 단, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 일반상해수술비(1~5종)을 지급합니다.
- ② 제1항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식 기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

- ③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술

6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
 - 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
 - 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
 - 기타 이와 유사한 시술
- ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다) · 축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은

시력교정술로 합니다)

라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)

5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 1~21. 일반상해수술비(1~8종)(시술포함)(급여)보장 특별약관,
일반상해수술비(1~8종)(시술포함)(급여)(태아보장)보장 특별약관

※ 일반상해수술비(1~8종)(시술포함)(급여)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 1~8종 수술 및 시술 분류표([별표93] 1~8종 수술 및 시술 분류표)에서 정한 「수술 및 시술」을 받은 경우에는 수술 및 시술의 종류에따라 아래 금액을 일반상해수술비(1~8종)(시술포함)(급여)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 1회의 입원당 1회의 「수술 및 시술」 또는 1회의 통원당 1회의 「수술 및 시술」에 한하여 보장하며, 하나의 「수술시술코드」당 연간 1회에 한하여 보장합니다.

수술 종류	지급금액	예시 (보험가입금액 300만원 기준)
1종	보험가입금액의 1/100 지급	3만원
2종	보험가입금액의 1/100 지급	3만원
3종	보험가입금액의 1/50 지급	6만원
4종	보험가입금액의 1/20 지급	15만원
5종	보험가입금액의 1/6 지급	50만원
6종	보험가입금액의 1/3 지급	100만원
7종	보험가입금액의 2/3 지급	200만원
8종	보험가입금액 지급	300만원

- ② 제1항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(수술 및 시술의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「수술 및 시술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 하며, 한의사는 제외합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 [별표93] 1~8종 수술 및 시술 분류표에서 정한 수술시술코드(이하 「수술시술코드」라 합니다)에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술시술코드」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 처치 및 수술료 항목에서 급여항목이 발생하고, 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」분류체계에 따라 부여된 「ADRG(Adjacent DRG)」중 회사가 정한 코드를 말합니다.

【용어 해설】

【 KDRG(Korean Diagnosis Related Group) 】

건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 한국형 입원환자분류체계로서, 진단과 시술명, 연령 등에 따라 입원환자를 유사한 그룹으로 분류한 것을 말합니다. 이 특별약관은 KDRG 버전 4.4(2021.1.1 시행)의 ADRG 분류체계를 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 의료행위^{주1)}와 진단명^{주2)}에 따라 세부적으로 분류한 것을 말합니다.

주1) 의료행위란 보건복지부에서 고시하는 “건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수”에서 정한 수가코드를 말합니다.

주2) 진단명이란 통계청에서 고시하는 “한국표준질병·사인분류”상의 분류번호를 말합니다.

【 주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC) 】

신체부위나 질병특성에 따라 구분되는 질병군의 대분류를 말합니다.

- ③ 제2항의 「수술시술코드」에서 향후 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」개정으로 동일한 수술 및 시술에 대해 「수술시술코드」가 변경되는 경우 이 특별약관의 체결시점에서 정한 「수술시술코드」를 따릅니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 “ADRG”가 신규 추가되는 경우 회사는 [별표93] 1~8종 수술 및 시술 분류표의 구분에 준하여 수술시술코드를 결정합니다.

【예시 안내】

- 회사는 피보험자가 수술 및 시술 받은 시점에서 부여된 의료행위, 진단명 및 주진단범주(MDC) 등을 이 특별약관 체결시점의 “KDRG”기준에 적용합니다.

- 신의료수술 도입 등의 이유로 급여항목이 신규 추가되고 피보험자가 그 수술 및 시술을 받은 경우 회사는 주진단범주(MDC)와 의료행위를 확인한 후 이 특별약관 체결시점에 정한 수술시술코드를 기준으로 수술비(시술포함)를 지급합니다.

【 예시 】

이 특별약관 체결시점에 간이식에 해당하는 수술시술코드는 A010(KDRG 버전 4.4)이었으나, 피보험자가 간이식수술을 받은 시점의 수술시술코드가 A080(KDRG 버전 5.0)으로 변경된 경우에도 A010(KDRG 버전 4.4)에 해당하는 수술비(시술포함)를 지급합니다.

- ④ 제2항 및 제3항에도 불구하고 이 특별약관 체결시점에 급여항목으로 분류된 수술 및 시술이 향후 비급여항목으로 변경된 경우 해당 수술 및 시술은 보장에서 제외됩니다.
- ⑤ 제1항의 수술 및 시술은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 제2장(검사료) 및 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 정하는 내용은 포함하지 않습니다. 다만, 아래의 방사선 치료 대상 수가코드에 해당하는 제3장(영상진단 및 방사선치료료)의 사이버나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료, 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료, 선형가속기(LINAC) 정위적 방사선 치료, 양성자치료는 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

내 용	수가코드
체부정위적방사선수술[1회당]-선형가속기이용	HD111
체부정위적방사선수술[1회로 치료종결]-선형가속기이용	HD112
뇌정위적방사선수술-감마나이프	HD113
뇌정위적방사선수술-사이버나이프	HD114
뇌정위적방사선수술-선형가속기	HD115
양성자치료[1회당]	HD121
체부정위적방사선수술[1회당]-사이버나이프이용	HD211
체부정위적방사선수술[1회로 치료종결]-사이버나이프이용	HD212

※ 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」는 보건복지부가 고시한 바에 따릅니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 1회의 입원 또는 1회의 통원 중에 2가지 이상의 수술 및 시술을 받은 경우 퇴원일 또는 통원일을 기준으로 진단서 및 진료비세부내역서 등에서 확인되는 하나의 수술시술코드에 한하여 일반상해수술비(1~8종)(시술포함)를 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 피보험자가 동일한 의료기관에서 퇴원 없이 계속입원 중에 2가지 이상의 수술시술코드가 부여되는 경우 또는 1일 2회 이상 통원하여 2가지 이상의 수술시술코드가 부여된 경우에는 수술시술종류가 높은 하나의 수술시술코드에 한하여 해당 종의 일반상해수술비(1~8종)(시술포함)를 지급합니다.

【예시 안내】

ADRG는 1회의 입원 또는 1회의 통원에 대하여 2가지 이상의 수술 및 시술을 받더라도 “KDRG”에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성됩니다. 이 경우 외과적 우선순위는 [별표93] 1~8종 수술 및 시술 분류표의 수술시술종류와 차이가 있을 수 있습니다.

【 예시 】

피보험자가 입원을 하고 “유방재건술(J051)”(3종)과 “유방절제술(J061)”(7종)을 동시에 받은 후 퇴원할 경우 생성되는 ADRG는 “유방재건술(J051)”입니다. 다만, 이 경우 회사는 제2항에 따라 “유방절제술(J061)”에 해당하는 7종의 수술비(시술포함)를 지급합니다.

- ③ 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 의료기관을 이전하여 입원하거나 동일한 의료기관에 퇴원 후 다른 일자에 재입원하여 수술 및 시술을 받은 경우에는 새로운 입원으로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.
- ④ 피보험자가 상해에 대한 보장개시일 이후 계속입원 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 이 특별약관의 보험기간 종료일부터 180일 이내(피보험자의 퇴원일을 기준으로 하며, 보험기간 종료일은 제외합니다)에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 일반상해수술비(1~8종)(시술포함)(급여)를 보장합니다.
- ⑤ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사

고로 인하여 수술 및 시술한 경우, 진단서 및 진료비세부내역서 등을 통해 주진단범주(MDC)와 의료행위 등으로 이 특별약관에서 정한 수술시술코드를 확인할 수 있는 경우 회사는 제2조(수술 및 시술의 정의)에서 정한 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

【예시 안내】

자동차보험 또는 산재보험 등 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 아래의 진단명 및 의료행위를 받은 경우 회사는 제5항에 따라 “슬관절 및 하퇴골 골절 수술(I283)”에 해당하는 수술비(시술포함)를 지급합니다.

- 진단명 : 경골 하단의 기타 골절(S82.38)
- 의료행위 : 사지골절정복술[복잡골절포함]-관혈적-하퇴골-경골(N1604)

- ⑥ 제2항에도 불구하고 제5항에서 해당 입원기간 또는 통원일에 추가적으로 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 급여항목이 발생하는 다른 수술 및 시술을 받은 경우 회사는 이 수술시술코드에 해당하는 수술비(시술포함)와 제5항의 수술시술코드에 해당하는 수술비(시술포함)를 각각 지급합니다.
- ⑦ 「복강경을 이용한 단순 자궁 수술(악성종양제외)(N031)」, 「개복에 의한 단순 자궁 수술(악성종양제외)(N032)」, 「분만및유산후관련장애후수술시행(O110)」은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않는 경우에도 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.
- ⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험²⁵⁰⁴ 약관

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)
 - 축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
 - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상
6. 회사는 [별표93] 1~8종 수술 및 시술 분류표의 주2)에 해당하는 사항은 보상하지 않습니다.
7. 회사는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항 ([별표2] 비급여대상)에 해당하는 수술 및 시술에 대하여는 보상하지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 1-22. 일반상해통원수술비(당일입원포함) 특별약관,
일반상해통원수술비(당일입원포함)(태아보장) 특별약관

※ 일반상해통원수술비(당일입원포함)(태아보장) 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 통원(당일입원포함)하여 수술을 받은 경우에는 1사고당 이 특별약관의 보험가입 금액을 일반상해통원수술비(당일입원포함)로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 하나의 사고로 두 종류 이상의 상해통원수술을 받거나 같은 종류의 상해통원수술을 2회이상 받은 경우에는 하나의 일반상해통원수술비(당일입원포함)만 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술

- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술
- ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제4조(입원 및 통원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 의료기관에 입실하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 「의료기관」이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.
- ④ 이 특별약관에서 「당일입원」이라 함은 입원일자와 퇴원일자가 동일한 입원을 말합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- 나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적
이 아닌 외모개선 목적의 수술
- 다. 안경, 콘택트 렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
- 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
- 4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로 회복을 위한
수술은 포함합니다)
- 5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며,
「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적
립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조
(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를
제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차
는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다
음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을
연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관
제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 1-23. 일반상해입원수술비(당일입원제외) 특별약관,
일반상해입원수술비(당일입원제외)(태아보장) 특별약관

※ 일반상해입원수술비(당일입원제외)(태아보장) 특별약관은 계약을 체결할
때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 퇴원

없이 계속 2일이상 입원하는 수술을 받은 경우에는 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원수술비(당일입원제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 하나의 사고로 두 종류 이상의 상해입원수술을 받거나 같은 종류의 상해입원수술을 2회이상 받은 경우에는 하나의 일반상해입원수술비(당일입원제외)만 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「의료기관」이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「당일입원」이라 함은 입원일자와 퇴원일자가 동일한 입원을 말합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 및 아래의 사유에 의하여 보

험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트 렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
 - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)
5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(단기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 1-24. 중대한 특정상해수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 뇌손상 또는 내장손상을 입고 사고일부터 180일 이내에 그 치료를 직접적인 목적으로 「개두(開頭)수술」, 「개흉(開胸)수술」 또는 「개복(開腹)수술」을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중대한 특정상해수술비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 사고로 인하여 중대한 특정상해수술비 지급사유가 두가지 이상 발생한 경우에도 한 가지 사유에 의한 중대한 특정상해수술비만을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(뇌손상 등의 정의)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 「뇌손상」이라 함은 두부(頭部)에 가해진 충격에 의해 뇌에 손상(【별표2】『중대한 특정상해 분류표』참조)을 입은 경우를 말합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)에서 「내장손상」이라 함은 신체 외부에서 가해진 충격에 의해 내장(심장, 폐, 위, 장, 간장, 췌장, 비장, 신장, 방광)

의 기관에 기질적 손상(【별표2】『중대한 특정상해 분류표』참조)을 입은 경우를 말합니다.

- ③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「개두(開頭)수술」, 「개흉(開胸)수술」, 「개복(開腹)수술」이라 함은 각각 아래의 수술을 말하며, 뇌 및 내장에 의료기구를 삽입하여 시행하는 두개골 천공술, 복강경, 내시경 등의 수술 및 시술은 「개두(開頭)수술」, 「개흉(開胸)수술」, 「개복(開腹)수술」로 보지 않습니다.
1. 「개두(開頭)수술」이라 함은 두개를 열어 뇌를 노출시키는 수술을 말합니다.
 2. 「개흉(開胸)수술」이라 함은 흉강을 여는 수술로서 농흉수술, 흉막, 폐장, 심장, 횡경막, 종격동, 식도수술 등 흉강 내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개흉수술에 준하는 것은 늑골(갈비뼈), 흉골(복장뼈)의 절제술을 포함하는 것으로 합니다.
 3. 「개복(開腹)수술」이라 함은 복벽을 절개하여 복강을 여는 수술로서 위, 십이지장, 소장, 대장, 충수, 간장 및 담도, 췌장, 비장, 난소 및 자궁수술 등 복강 내에 조작을 가할 때에 행하는 것을 말합니다. 또한 개복수술에 준하는 것은 신장, 뇨관 및 방광수술을 포함하는 것으로 하지만 경뇨도적조작에 의한 것은 해당되지 않습니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ③ 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 중대한 특정상해수술비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보

험료를 지급합니다.

- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 1-25. 골절수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 골절분류표(【별표3】『골절 분류표』참조)에서 정한 골절로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 골절수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 하나의 사고로 두가지 이상의 수술을 받은 경우에는 하나의 골절수술비만 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술

- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술
- ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술은 보상합니다)
 2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

**[1종, 2종] 1-26. 골절수술비(출산시골절포함)보장 특별약관,
골절수술비(출산시골절포함)(태아보장)보장 특별약관**

제1조(특별약관의 체결)

이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 출생전자녀가입 특별약관의 태아를 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 골절(출산시골절포함)분류표 (【별표5】『골절(출산시골절포함) 분류표』 참조)에서 정한 골절로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 골절 수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 하나의 사고로 두가지 이상의 수술을 받은 경우에는 하나의 골절수술비만 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지

급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술은 보상합니다)
2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제6조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢查) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 1-27. 5대골절수술비보장 특별약관, 5대골절수술비(태아보장)보장 특별약관

- ※ 5대골절수술비(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 5대골절분류표(【별표7】『5대골절 분류표』참조)에서 정하는 5대골절로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 5대골절수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 하나의 사고로 두가지 이상의 수술을 받은 경우에는 하나의 5대골절수술비만 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술은 보상합니다)
 2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유

가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 1-28. 화상수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 화상분류표(【별표8】『화상 분류표』참조)에서 정한 화상으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 화상수술비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 화상이라 함은 화상분류표에서 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.
- ③ 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 하나의 사고로 두 가지 이상의 수술을 받은 경우에는 하나의 화상수술비만 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)

4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고 전 상태로의 회복을 위한 수술은 보상합니다)
 2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 1-29. **상해흉터복원수술비보장 특별약관**

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 치료를 받고 그 직접결과로써 안면부, 상지, 하지에 외형상의 반흔(흉터)이나 추상장애, 신체의 기형이나 기능장애가 발생하여 그 원상회복을 목적으로 사고일로부터 2년 이내에 성형외과 전문의로부터 받는 성형수술을 받은 경우에는 1사고당 500만원을 한도로 아래의 금액을 상해흉터복원수술비로 보험수익자에게 지급합니다.(다만, 사고발생시점 만15세 미만자의 경우 부득이 사고일로부터 2년 경과 후에 성형수술이 가능하다는 진단을 받은 경우에는 그 진단으로 대체할 수 있습니다)

(보험가입금액 7만원 기준)

구분	안면부	상지·하지
상해흉터복원수술비	수술 1cm당 14만원	수술 1cm당 7만원 (단, 3cm이상의 경우에 한합니다)

주) 길이측정이 불가한 피부이식수술 등의 경우 수술cm는 최장직경으로 합니다.

- ② 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 상해흉터복원수술비는 하나의 사고에 대하여 500만원을 한도로 지급합니다. 다만, 동일부위에 대한 성형수술을 2회 이상 받은 경우에는 최초로 받은 수술에 대해서만 지급합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 안면부, 상지, 하지란 다음을 말합니다.
1. 안면부란 이마를 포함하여 목까지의 얼굴부분을 말합니다.
 2. 상지란 견관절 이하의 팔부분을 말합니다.
 3. 하지란 고관절 이하 대퇴부, 하퇴부, 족부를 의미하며, 둔부, 서혜부, 복부 등은 제외합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ③ 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를

제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 1-30. 외모특정상해(머리,목)수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 외모특정상해(머리,목) 분류표(【별표11】『외모특정상해(머리,목) 분류표』 참조)에서 정한 외모특정상해(머리,목)으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 외모특정상해(머리,목)수술비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 하나의 상해로 두가지 이상의 수술을 받은 경우에는 하나의 외모특정상해(머리,목)수술비만 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술

- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술
- ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 건강검진, 예방접종, 인공유산
 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 3. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)
 - 축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
 - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
 4. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(다만, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 포함합니다)
 5. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종]1~31. 일반상해재활치료비(급여)(1일1회한,연간15회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 다음 중 어느 한가지에 해당하는 사유가 발생한 경우에는 각각 1일 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해재활치료비(급여)로 보험수익자에게 지급합니다.
 1. 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써, 입원중에 「상해 재활치료(급여)」를 받은 경우(이하 「입원 상해재활치료(급여)」라 합니다)
 2. 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써, 통원하여 「상해 재활치료(급여)」를 받은 경우(이하 「통원 상해재활치료(급여)」라 합니다)

- ② 제1항에도 불구하고 상해재활치료비는 「입원 상해재활치료(급여)」 횟수와 「통원상해재활치료(급여)」 횟수를 합산하여 연간 15회를 한도로 합니다.
- ③ 제2항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.
- ④ 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원 및 통원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 의사에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에 입실하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 「의료기관」이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제4조(상해재활치료(급여)의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 「상해 재활치료(급여)」라 함은 상해로 인한 구조적 손상과 기능적 장애를 치료하기 위하여 의료법 제3조(의료기관) 제2

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 보건복지부에서 고시하는 「건강보험행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제7장(이학요법료)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 경우를 말합니다.

- ② 「상해 재활치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정에 따라 제1항의 「수가코드」가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.
- ④ 제1항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 - 1. 청구서(회사 양식)
 - 2. 사고증명서(진료확인서(재활치료의 원인 필수 기재), 진료비세부내역서(건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI) 필수 기재), 진단서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
 - 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 - 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종]1-32. 일반상해재활치료비(급여)(1일1회한,연간30회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 다음 중 어느 한가지에 해당하는 사유가 발생한 경우에는 각각 1일 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해재활치료비(급여)로 보험수익자에게 지급합니다.
 1. 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써, 입원중에 「상해재활치료(급여)」를 받은 경우(이하 「입원 상해재활치료(급여)」라 합니다)
 2. 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써, 통원하여 「상해재활치료(급여)」를 받은 경우(이하 「통원 상해재활치료(급여)」라 합니다)
- ② 제1항에도 불구하고 상해재활치료비는 「입원 상해재활치료(급여)」횟수와 「통원상해재활치료(급여)」횟수를 합산하여 연간 30회를 한도로 합니다.

- ③ 제2항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.
- ④ 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원 및 통원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 의사에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에 입실하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 「의료기관」이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제4조(상해재활치료(급여)의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 「상해 재활치료(급여)」라 함은 상해로 인한 구조적 손상과 기능적 장애를 치료하기 위하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로

서, 보건복지부에서 고시하는 「건강보험행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제7장(이학요법료)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 경우를 말합니다.

- ② 「상해 재활치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정에 따라 제1항의 「수가코드」가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.
- ④ 제1항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 - 1. 청구서(회사 양식)
 - 2. 사고증명서(진료확인서(재활치료의 원인 필수 기재), 진료비세부내역서(건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI) 필수 기재), 진단서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
 - 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 - 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종]1-33. 일반상해재활치료비(급여)(1일1회한,연간60회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 다음 중 어느 한가지에 해당하는 사유가 발생한 경우에는 각각 1일 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해재활치료비(급여)로 보험수익자에게 지급합니다.
 1. 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써, 입원중에 「상해재활치료(급여)」를 받은 경우(이하 「입원 상해재활치료(급여)」라 합니다)
 2. 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써, 통원하여 「상해재활치료(급여)」를 받은 경우(이하 「통원 상해재활치료(급여)」라 합니다)
- ② 제1항에도 불구하고 상해재활치료비는 「입원 상해재활치료(급여)」횟수와 「통원상해재활치료(급여)」횟수를 합산하여 연간 60회를 한도로 합니다.

- ③ 제2항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.
- ④ 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원 및 통원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 의사에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에 입실하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 「의료기관」이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제4조(상해재활치료(급여)의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 「상해 재활치료(급여)」라 함은 상해로 인한 구조적 손상과 기능적 장애를 치료하기 위하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

서, 보건복지부에서 고시하는 「건강보험행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제7장(이학요법료)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 경우를 말합니다.

- ② 「상해 재활치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정에 따라 제1항의 「수가코드」가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.
- ④ 제1항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 - 1. 청구서(회사 양식)
 - 2. 사고증명서(진료확인서(재활치료의 원인 필수 기재), 진료비세부내역서(건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI) 필수 기재), 진단서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
 - 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 - 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며,

「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 1-34. 자동차사고 부상치료비(비운전자)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 비운전중 교통사고로 발생한 상해의 직접결과로써 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 자동차사고 부상 등급표(【별표9】『자동차사고 부상 등급표』 참조)의 부상등급을 받은 경우에는 아래의 금액을 자동차사고부상치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

부상등급	지급보험금
1급	이 특별약관 보험가입금액의 100%
2급	이 특별약관 보험가입금액의 50%
3급	이 특별약관 보험가입금액의 40%
4급	이 특별약관 보험가입금액의 30%
5급	이 특별약관 보험가입금액의 20%
6급	이 특별약관 보험가입금액의 10%
7급	이 특별약관 보험가입금액의 7%
8급~11급	이 특별약관 보험가입금액의 5%
12급~14급	이 특별약관 보험가입금액의 2%

- ② 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(비운전중 교통사고의 정의)

이 특별약관에서 「비운전중 교통사고」라 함은 다음 각 호에서 정한 사고 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 것을 말합니다.

1. 운행중인 자동차에 운전을 하고 있지 않은 상태로 탑승하고 있을 때에 발생한 교통사고
2. 운행중인 자동차에 탑승하지 않은 때, 운행중인 자동차와의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

【 용어풀이 】

1. 「자동차」라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
 - ① 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차
 - ② 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에 정한 건설기계. 다만, 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위)에 정한 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.

< 자동차손해배상보장법 시행령 제2조(건설기계의 범위) >

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프

5. 트럭적재식 아스팔트살포기
 6. 타이어식 굴삭기
 7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계
 - 가. 트럭지게차
 - 나. 도로보수트럭
 - 다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)
- ※ 관련법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함

2. 「기타 교통수단」이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
 1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
 2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
 3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트 포함)
 4. 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 건설기계를 제외한 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안에는 기타 교통수단으로 보지 않습니다)
3. 「운전하던 중」이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태를 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에도 아래에 열거된 행위로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)
 2. 하역작업
 3. 자동차 및 기타 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업
 4. 건설기계 및 농업기계가 작업기계로 사용

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서
 - 가. 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받은 경우 해당 자동차보험의 보상처리확인서(부상등급 필수 기재)
 - 나. 자동차보험에서 보상받지 못한 경우
 - (ㄱ) 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원
 - (ㄴ) 상해등급을 판단할 수 있는 서류(진단서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호 나.목 (ㄴ)의 부상등급을 판단할 수 있는 서류는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 1-35. 골절부목치료비보장 특별약관, 골절부목치료비(태아보장)보장 특별약관

※ 골절부목치료비(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 【별표4】 『골절(치아파절제외) 분류표』에서 정한 골절로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「부목치료(Splint Cast)」를 받은 경우 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 골절부목치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 상해를 직접적인 원인으로 골절 진단 후 다수의 「부목치료(Splint Cast)」를 받거나 동시에 서로 다른 신체부위에 「부목치료(Splint Cast)」를 받은 경우에는 1회에 한하여 골절부목치료비를 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조 (「부목치료(Splint Cast)」의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「부목치료(Splint Cast)」라 함은 「부목치료 대상 수가 코드」 (【별표126】 『부목치료대상 수가코드 분류표』 참조)에 해당하는 치료를 말합니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정
에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「부목치료(Splint Cast)」
에 대해 치료 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가
치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위
급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여치료 판정이 변
경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 치료 해당여부를 다시 판단하지
않습니다.
- ③ 제1항의 「부목치료(Splint Cast)」은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급
여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발
생한 경우를 말합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며,
「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적
립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조
(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를
제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차
는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다
음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을
연단위 복리로 계산합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관
제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 1-36. 창상봉합술치료비(1일1회한,연간3회한)보장 특별약관,
창상봉합술치료비(1일1회한,연간3회한)(태아보장)보장 특별약관

※ 창상봉합술치료비(1일1회한,연간3회한)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 그 치료를 목적으로 「급여 창상봉합술」을 받은 경우 1일 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 창상봉합술치료비(1일 1회한,연간3회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	창상봉합술(안면 또는 경부)	창상봉합술(안면과 경부 이외)
지급기준	3cm이상 또는 근육에 달하는 것	5cm이상 또는 근육에 달하는 것

- ② 제1항에도 불구하고 창상봉합술치료비(1일1회한,연간3회한)은 연간 3회 한도로 보장합니다.
- ③ 제1항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(해당 질병의 진료를 위하여 최초로 내원(입원을 포함합니다)한 날을 말합니다)로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(급여 창상봉합술의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「급여 창상봉합술」이라 함은 「급여 창상봉합술 대상 수가코드」 (【별표94】 급여 창상봉합술 대상 수가코드)에 해당하는 진료 행위를 말하며 해당 진료행위의 기준일자는 치료개시일(해당 질병의 진료를 위하여 최초로 내원(입원을 포함합니다)한 날을 말합니다)로 합니다.

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

다. 다만, 창상봉합술(안면 또는 경부) 중 길이 3CM 미만 또는 근육에 달하지 않는 것(분류번호 S0021, S0022, SA021, SA022), 창상봉합술(안면과 경부이외) 중 길이 5cm 미만 또는 근육에 달하지 않는 것(분류번호SB021, SB022, SC021, SC022)에 해당하는 창상봉합술은 제외합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 이 특약 체결시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」과 진료심사평가위원회가 심의·결정한 「심사지침」의 개정으로 「급여 창상봉합술」의 기준이 변경될 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 이 특약에서 보장하는 급여 창상봉합술 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」과 진료심사평가위원회가 심의·결정한 「심사지침」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」과 진료심사평가위원회가 심의·결정한 「심사지침」의 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특약에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ④ 제1항의 「급여 창상봉합술」은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제4조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 - 1. 청구서(회사 양식)
 - 2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI) 필수 기재), 진료기록부 등)
 - 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 - 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 1-37. 창상봉합술치료비(안면부)(1일1회한,연간3회한)보장 특별약관,
창상봉합술치료비(안면부)(1일1회한,연간3회한)(태아보장)보장 특별약관

- ※ 창상봉합술치료비(안면부)(1일1회한,연간3회한(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 그 치료를 목적으로 「급여 안면부창상봉합술(3cm이상)」을 받은 경우 1일 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 창

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

상봉합술치료비(안면부)(1일1회한,연간3회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 창상봉합술치료비(안면부)(1일1회한,연간3회한)은 연간 3회한도로 보장합니다.
- ③ 제1항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(해당 질병의 진료를 위하여 최초로 내원(입원을 포함합니다)한 날을 말합니다)로 합니다.
- ④ 제1항에서의 「안면부」라 함은 이마를 포함하여 경부(목)까지의 얼굴부분을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(급여 안면부창상봉합술(3cm이상)의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「급여 안면부창상봉합술(3cm이상)」이라 함은 「급여 안면부창상봉합술(3cm이상) 대상 수가코드」 (【별표95】급여 안면부창상봉합술(3cm이상) 대상 수가코드)에 해당하는 진료행위를 말하며 해당 진료행위의 기준일자는 치료개시일(해당 질병의 진료를 위하여 최초로 내원(입원을 포함합니다)한 날을 말합니다)로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약 체결시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」과 진료심사평가위원회가 심의·결정한 「심사지침」의 개정으로 「급여 안면부창상봉합술(3cm이상)」의 기준이 변경될 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 이 특약에서 보장하는 급여 안면부창상봉합술(3cm

이상) 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」과 진료심사평가위원회가 심의·결정한 「심사지침」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」과 진료심사평가위원회가 심의·결정한 「심사지침」의 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특약에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

- ④ 제1항의 「급여 안면부창상봉합술(3cm이상)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다

제4조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI) 필수 기재), 진료기록부 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 1-38. 주요관절손상수술치료비(급여)(연간1회한)보장 특별약관

※ 주요관절손상수술치료비(급여)(연간1회한)보장 특별약관은 3개의 세부보장[주요관절손상수술치료비(팔꿈치, 손목, 발목), 주요관절손상수술치료비(어깨, 무릎), 주요관절손상수술치료비(고관절)]으로 구성되어 있습니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 「주요관절손상」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 「급여 주요관절손상수술치료」를 받은 경우에는 아래 각 호에 해당하는 주요관절의 부위별로 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

구분		지급금액
1. 팔꿈치, 손목, 발목의 손상수술치료	「주요관절(팔꿈치, 손목, 발목)손상」으로 「급여 주요관절손상수술치료」를 받은 경우	주요관절손상수술치료비 (팔꿈치, 손목, 발목) 보장의 보험가입금액 (연간1회한)
2. 어깨, 무릎의 손상수술치료	「주요관절(어깨, 무릎)손상」으로 「급여 주요관절손상수술치료」를 받은 경우	주요관절손상수술치료비 (어깨, 무릎) 보장의 보험가입금액 (연간1회한)
3. 고관절의 손상수술치료	「주요관절(고관절)손상」으로 「급여 주요관절손상수술치료」를 받은 경우	주요관절손상수술치료비 (고관절) 보장의 보험가입금액 (연간1회한)

- ② 제1항에서 연간이라 함은 보험계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.
- ③ 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(주요관절손상의 정의)

이 특별약관에 있어 「주요관절손상」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「주요관절손상」으로 분류되는 상병(【별표115】『주요관절손상 분류표』 참조)을 말합니다.

제4조(급여 주요관절손상수술치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「급여 주요관절손상수술치료」라 함은 「주요관절손상」의 치료를 목적으로 【별표115-1】『주요관절손상수술치료 대상 수가코드』에 해당하는 수술을 말합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 계약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 및 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」의 개정에 따라 수가코드 및 분류번호가 폐지 또는 변경된 경우에는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 「급여 주요관절손상수술치료」에 준하여 「급여 주요관절손상수술치료」를 결정합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 제1항에서 정한 「급여 주요관절손상수술치료」 외에 「급여 주요관절손상수술치료」에 해당하는 진료행위가 있는 경우에는 그 진료행위도 포함하는 것으로 합니다.

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서(‘건강보험심사평가원 진료수가 코드(EDI)’ 필수 기재), 진단서, 진료기록부 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[2중] 1-39. 폭력상해치료비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 일 상생활 중 제3자에 의해 물리적 폭력행위를 당함으로써 상해를 입은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 폭력상해치료비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 관할경찰서의 폭력사고 확인서를 제출하여야 합니다.
- ② 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자의 친족에 의한 사고
 2. 피보험자가 「폭력행위 등 처벌에 관한 법률」 제4조의 적용을 받는 단체의 가입원으로서 그 단체의 활동 중에 발생한 사고

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

현료를 지급합니다.

- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 1-40. 일반상해입원일당(1일이상180일한도)보장 특별약관, 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(태아보장)보장 특별약관

- ※ 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

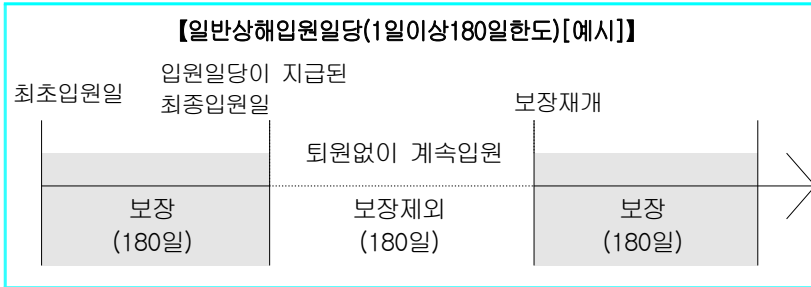
제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 1일이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원일당(1일이상180일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 일반상해입원일당(1일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 동일한 상해에 대한 입원이라도 일반상해입원일당

(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 일반상해입원일당(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 일반상해입원일당(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원 일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료 되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)의 일반상해입원일당(1일이상180일한도)을 계속 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 일반상해입원일당(1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 1-41. 일반상해입원일당(181일이상365일한도)(요양/정신/한방병원제외)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원, 정신병원 및 한방병원을 제외한 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 181일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 181일째 입원일로부터

입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원일당(181일이상 365일한도)(요양/정신/한방병원제외)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 일반상해입원일당(181일이상365일한도)(요양/정신/한방병원제외)의 지급일수는 1회 입원당 185일을 한도로 합니다.

- ② 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 지급일수는 요양병원, 정신병원 및 한방병원 이외의 병원 또는 의원에 180일을 초과하여 입원한 날만을 기준으로 합니다.
- ② 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우(동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 병원(요양병원, 정신병원 및 한방병원 제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)의 일반상해입원일당(181일이상365일한도)(요양/정신/한방병원제외)을 계속 지급합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 일반상해입원일당(181일이상365일한도)(요양/정신/한방병원제외)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 원하여 치료를 받던 중 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날까지 제1조(보험금의 지급사유)의 일반상해입원일당(181일이상365일한도)(요양/정신/한방병원제외)을 지급합니다.
- ⑥ 피보험자가 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

외의 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다)으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유)의 일반상해입원일당(181일이상365일한도)(요양/정신/한방병원제외)을 지급합니다.

- ⑦ 피보험자가 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 해당하게 된 경우 지정일부터 제1조(보험금의 지급사유)의 일반상해입원일당(181일이상365일한도)(요양/정신/한방병원제외)을 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」에 해당하게 된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)의 일반상해입원일당(181일이상365일한도)(요양/정신/한방병원제외)을 지급합니다.
- ⑨ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「요양병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「정신병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 정신병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 정신병원을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「한방병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 한방병원을 말합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의

치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

**[1종, 2종] 1-42. 일반상해입원일당(중환자실, 1일이상180일한도)보장 특별약관,
일반상해입원일당(중환자실, 1일이상180일한도)(태아보장)보장 특별약관**

※ 일반상해입원일당(중환자실, 1일이상180일한도)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상

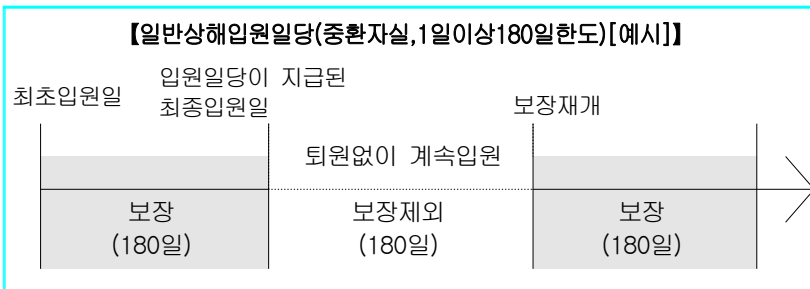
▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 중환자실에 1일이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 입원1일당 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원일당(중환자실,1일이상180일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 일반상해입원일당(중환자실,1일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

- ② 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4(【별표12】『의료기관 시설규격』참조)에서 정한 중환자실을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 동일한 상해에 대한 입원이라도 일반상해입원일당(중환자실,1일이상180일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 일반상해입원일당(중환자실,1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 일반상해입원일당(중환자실,1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원 일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료 되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여 제1조(보험

금의 지급사유)의 일반상해입원일당(중환자실,1일이상180일한도)을 계속 지급합니다.

- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 일반상해입원일당(중환자실,1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

**[1종, 2종] 1-43. 일반상해입원일당(종합병원, 1일 이상 180일 한도)보장 특별약관,
일반상해입원일당(종합병원, 1일 이상 180일 한도)(태아보장)보장 특별약관**

※ 일반상해입원일당(종합병원, 1일 이상 180일 한도)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전 자녀(태아)인 경우에만 한하여 부가됩니다.

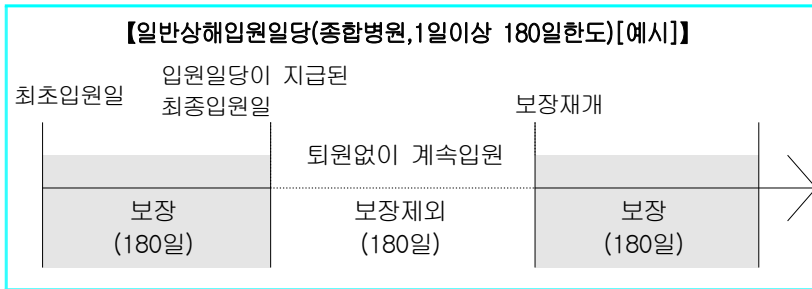
제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 종합병원에 1일 이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원일당(종합병원, 1일 이상 180일 한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 일반상해입원일당(종합병원, 1일 이상 180일 한도)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 일반상해입원일당(종합병원, 1일 이상 180일 한도)의 경우 종합병원에 입원한 날만을 기준으로 180일을 계산합니다.
- ② 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제1항을 적용합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 상해에 대한 입원이라도 일반상해입원일당(종합병원, 1일 이상 180일 한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 일반상해입원일당(종합병원, 1일 이상 180일 한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 일반상해입원일당(종합병원, 1일 이상 180일 한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을

퇴원일로 봅니다.

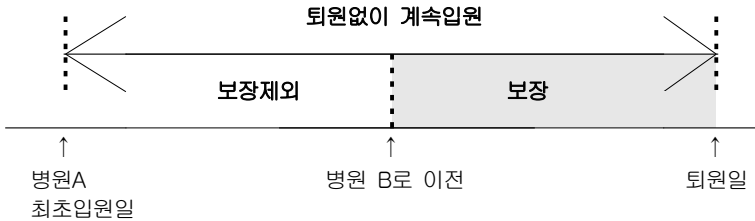


- ④ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원 일수를 더합니다.
- ⑤ 피보험자가 보험기간 중에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여 위 제1항 내지 제2항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해입원일당(종합병원,1일이상 180일한도)을 계속 지급합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 일반상해입원일당(종합병원,1일이상 180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해입원일당(종합병원,1일이상 180일한도)을 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원 시작날날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해입원일당(종합병원,1일이상 180일한도)을 지급합니다.
- ⑨ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원으로 지정되는 경우 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해입원일당(종합병원,1일이상 180일한도)을 지급합니다.

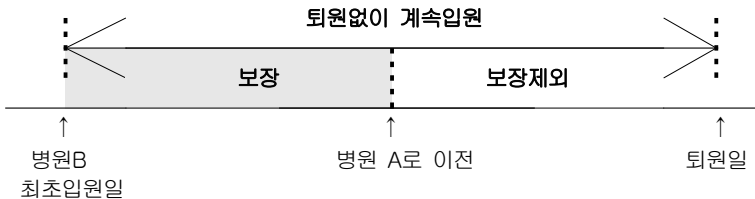
▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ⑩ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원 지정이 취소되는 경우 최초 퇴원하기 전까지 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해입원일당(종합병원, 1일 이상 180일한도)을 지급합니다.
- ⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

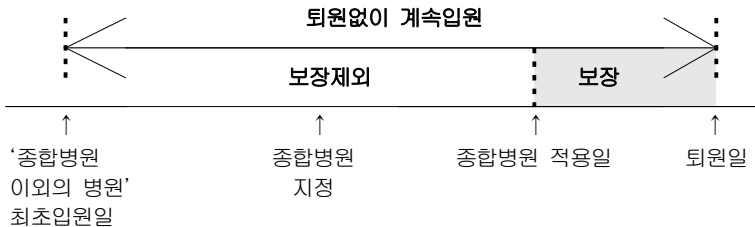
<'종합병원이외의병원'(병원A)에서 종합병원(병원B)으로 이전한 경우>

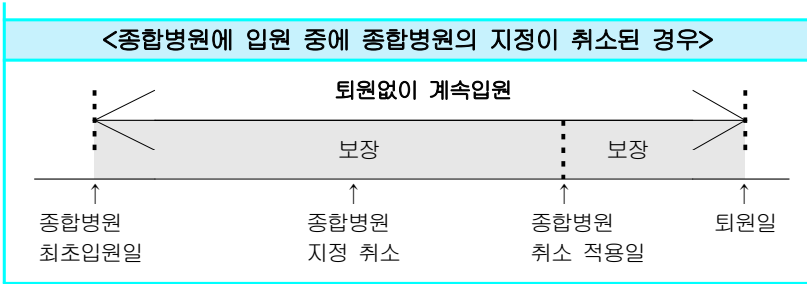


<종합병원(병원B)에서 '종합병원 이외의 병원'(병원A)으로 이전한 경우>



<'종합병원이외의병원'에 입원 중에 종합병원으로 지정된 경우>





제3조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

【 의료법 제3조의3(종합병원) 】

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
 1. 100개 이상의 병상을 갖추는 것
 2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
- ② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 “필수진료과목”이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제3조(종합병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종]1-44. 일반상해입원일당(종합병원,1인실,1일이상30일한도)보장 특별약관,
일반상해입원일당(종합병원,1인실,1일이상30일한도)(태아보장)보장 특별약관

※ 일반상해입원일당(종합병원,1인실,1일이상30일한도)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상

해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 종합병원의 1인실에 1일이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원일당(종합병원,1인실,1일이상30일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 일반상해입원일당(종합병원,1인실,1일이상30일한도)의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

② 1항의 「1인실」은 「특실」병실도 포함합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

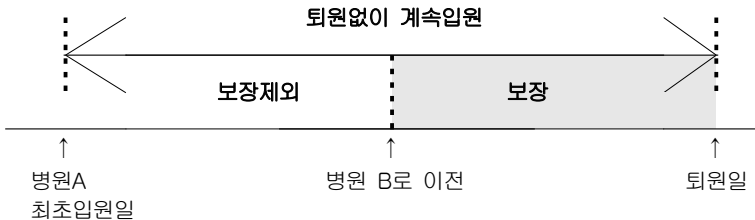
- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 일반상해입원일당(종합병원,1인실,1일이상30일한도)의 경우 종합병원의 1인실에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.
- ② 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제1항을 적용합니다.
- ③ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 일반상해입원일당(종합병원,1인실,1일이상30일한도)을 계속 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 일반상해입원일당(종합병원,1인실,1일이상30일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해입원일당(종합병원,1인실,1일이상30일한도)을 지급합니다.
- ⑦ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원 시작한날까지 제1조(보험금의

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

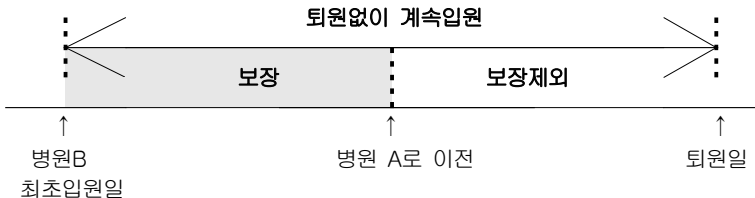
지급사유)에 따라 일반상해입원일당(종합병원,1인실,1일이상30일한도)을 지급합니다.

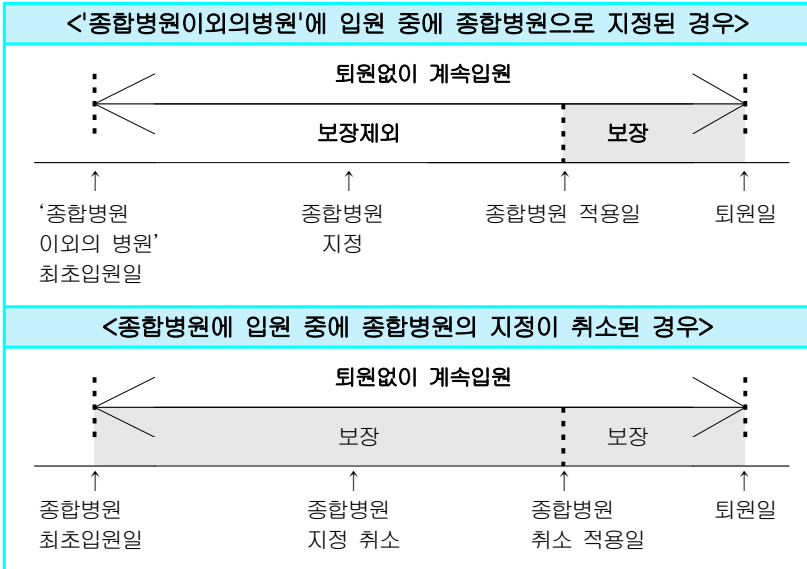
- ⑧ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원으로 지정되는 경우 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 일반상해입원일당(종합병원,1인실,1일이상30일한도)을 지급합니다.
- ⑨ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원 지정이 취소된 경우 최초 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 일반상해입원일당(종합병원,1인실,1일이상30일한도)을 지급합니다.
- ⑩ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<‘종합병원이외의병원’(병원A)에서 종합병원(병원B)으로 이전한 경우>



<종합병원(병원B)에서 ‘종합병원 이외의 병원’(병원A)으로 이전한 경우>





제3조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급 종합병원을 포함합니다.

【 의료법 제3조의3(종합병원) 】

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
 1. 100개 이상의 병상을 갖추는 것
 2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

- ② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 “필수진료과목”이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제3조(종합병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 1~45, 일반상해입원일당(종합병원, 2~3인실, 1일이상30일한도)보장 특별약관,
일반상해입원일당(종합병원, 2~3인실, 1일이상30일한도)(태아보장)보장 특별약관

※ 일반상해입원일당(종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 종합병원의 2~3인실에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원일당(종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 일반상해입원일당(종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

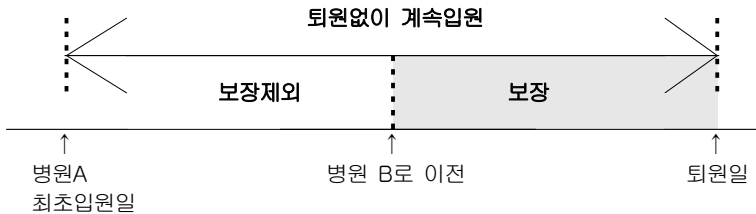
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 일반상해입원일당(종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)의 경우 종합병원의 2~3인실에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.
- ② 동일한 상해의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 일반상해입원일당(종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)을 계속 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 일반상해입원일당(종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해입원일당(종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)을 지급합니다.

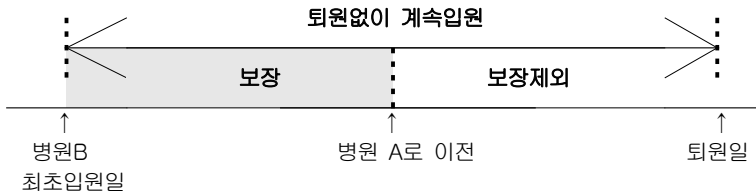
▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ⑦ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원 시작한날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해입원일당(종합병원, 2~3인실, 1일이상30일한도)을 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원으로 지정되는 경우 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 일반상해입원일당(종합병원, 2~3인실, 1일이상30일한도)을 지급합니다.
- ⑨ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원 지정이 취소된 경우 최초 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 일반상해입원일당(종합병원, 2~3인실, 1일이상30일한도)을 지급합니다.
- ⑩ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

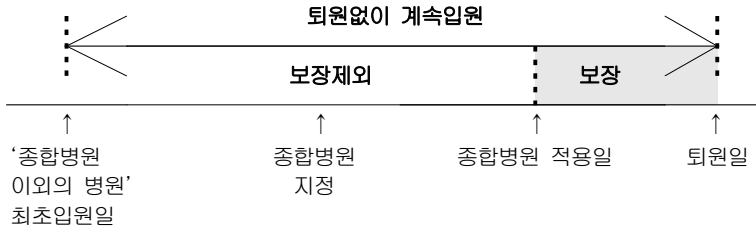
<‘종합병원이외의병원’(병원A)에서 종합병원(병원B)으로 이전한 경우>



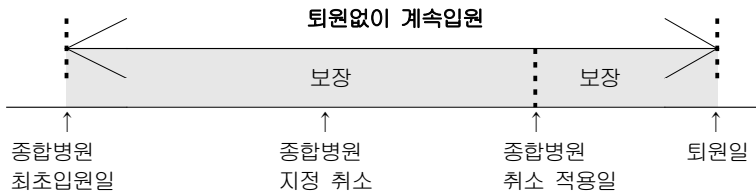
<종합병원(병원B)에서 ‘종합병원 이외의 병원’(병원A)으로 이전한 경우>



<‘종합병원이외의병원’에 입원 중에 종합병원으로 지정된 경우>



<종합병원에 입원 중에 종합병원의 지정이 취소된 경우>



제3조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급 종합병원을 포함합니다.

【 의료법 제3조의3(종합병원) 】

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
 1. 100개 이상의 병상을 갖추는 것
 2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

- ② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 “필수진료과목”이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제3조(종합병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 1~46. 일반상해입원일당(종합병원, 4~5인실, 1일 이상 30일 한도)보장 특별약관,
일반상해입원일당(종합병원, 4~5인실, 1일 이상 30일 한도)(태아보장)보장 특별약관

※ 일반상해입원일당(종합병원, 4~5인실, 1일이상30일한도)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 종합병원의 4~5인실에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원일당(종합병원, 4~5인실, 1일이상30일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 일반상해입원일당(종합병원, 4~5인실, 1일이상30일한도)의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

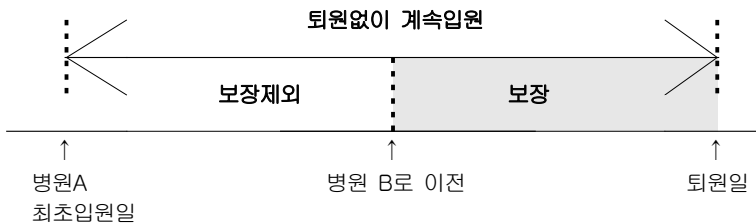
- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 일반상해입원일당(종합병원, 4~5인실, 1일이상30일한도)의 경우 종합병원의 4~5인실에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.
- ② 동일한 상해의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)의 일반상해입원일당(종합병원, 4~5인실, 1일이상30일한도)을 계속 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 일반상해입원일당(종합병원, 4~5인실, 1일이상30일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해입원일당(종합병원, 4~5인실, 1일이상30일한도)을 지급합니다.
- ⑦ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 이외의 병원

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

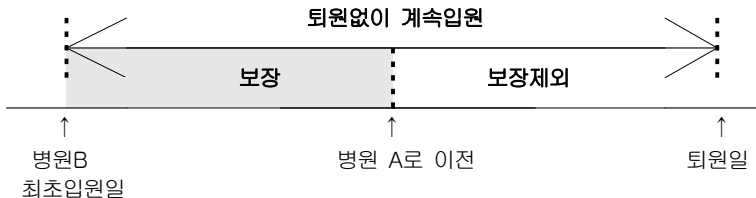
으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원 시작한날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해입원일당(종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)을 지급합니다.

- ⑧ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원으로 지정되는 경우 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 일반상해입원일당(종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)을 지급합니다.
- ⑨ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원 지정이 취소된 경우 최초 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 일반상해입원일당(종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)을 지급합니다.
- ⑩ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

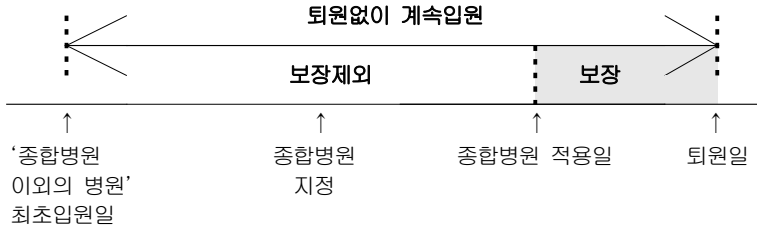
<‘종합병원이외의병원’(병원A)에서 종합병원(병원B)으로 이전한 경우>



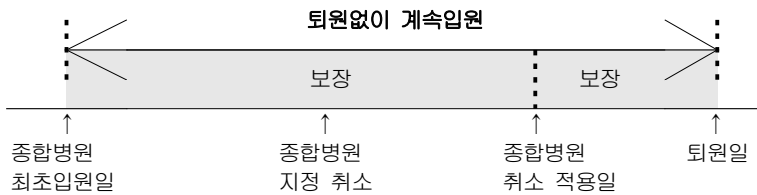
<종합병원(병원B)에서 ‘종합병원 이외의 병원’(병원A)으로 이전한 경우>



<‘종합병원이외의병원’에 입원 중에 종합병원으로 지정된 경우>



<종합병원에 입원 중에 종합병원의 지정이 취소된 경우>



제3조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

【 의료법 제3조의3(종합병원) 】

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
 1. 100개 이상의 병상을 갖춘 것
 2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

- ② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 “필수진료과목”이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제3조(종합병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종]1-47. 일반상해입원일당(상급종합병원, 1일이상180일한도)보장 특별약관,
일반상해입원일당(상급종합병원, 1일이상180일한도)(태아보장)보장 특별약관

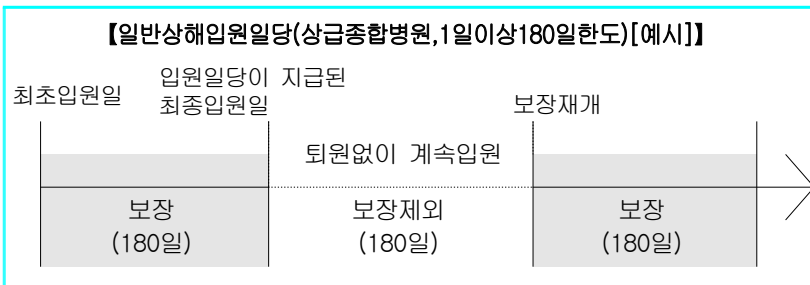
※ 일반상해입원일당(상급종합병원,1일이상180일한도)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원에 1일 이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원일당(상급종합병원,1일이상180일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 일반상해입원일당(상급종합병원,1일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 일반상해입원일당(상급종합병원,1일이상180일한도)의 경우 상급종합병원에 입원한 날만을 기준으로 180일을 계산합니다.
- ② 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제1항을 적용합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 상해에 대한 입원이라도 일반상해입원일당(상급종합병원,1일이상180일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 일반상해입원일당(상급종합병원,1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 일반상해입원일당(상급종합병원,1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

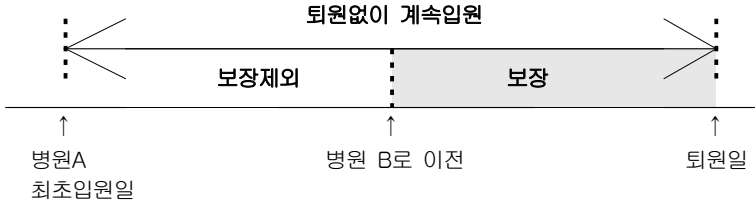


▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

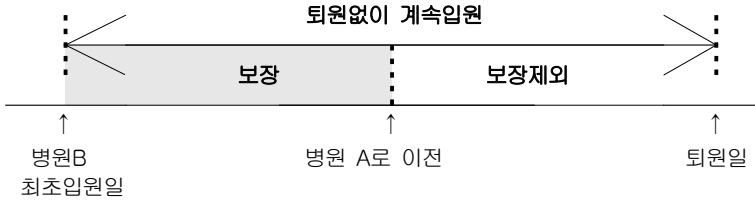
- ④ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원 일수를 더합니다.
- ⑤ 피보험자가 보험기간 중에 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여 위 제1항 내지 제2항 및 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해입원일당(상급종합병원, 1일이상180일한도)을 계속 지급합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 일반상해입원일당(상급종합병원, 1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해입원일당(상급종합병원, 1일이상180일한도)을 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원 시작한날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해입원일당(상급종합병원, 1일이상180일한도)을 지급합니다.
- ⑨ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원으로 지정되는 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해입원일당(상급종합병원, 1일이상180일한도)을 지급합니다.
- ⑩ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원 지정이 취소되는 경우 최초 퇴원하기 전까지 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해입원일당(상급종합병원, 1일이상180일한도)을 지급합니다.
- ⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는

의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

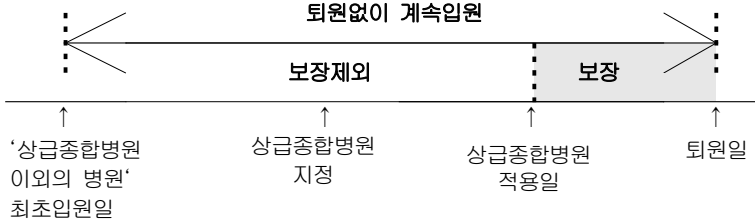
<‘상급종합병원이외의병원’(병원A)에서 상급종합병원(병원B)으로 이전한 경우>



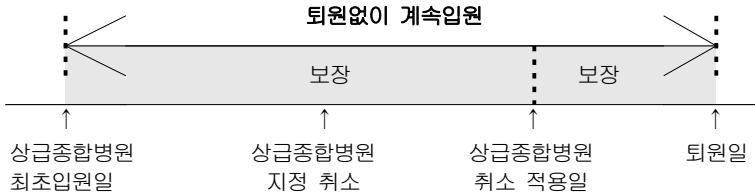
<상급종합병원(병원B)에서 ‘상급종합병원 이외의 병원’(병원A)으로 이전한 경우>



<‘상급종합병원이외의병원’에 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우>



<상급종합병원에 입원 중에 상급종합병원의 지정이 취소된 경우>



제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 '의료법 제3조(의료기관) 내지 제3조의4(상급종합병원)에서 정한 상급종합병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관'에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정) 】

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
 1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추어 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제4조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 상급종합병원의 지정이 의료법 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 상급종합병원에 입원하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 상급종합병원 입원과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장 내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
1. 법령의 개정에 따라 상급종합병원 지정제도가 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정에 따라 상급종합병원 판정이 불가능한 경우
 3. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 가입금액 변경내역, 보험료 수준 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급)와 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종]1-48. 일반상해입원일당(상급종합병원, 1인실, 1일이상60일한도)보장 특별약관,
일반상해입원일당(상급종합병원, 1인실, 1일이상60일한도)(태아보장)보장 특별약관

※ 일반상해입원일당(상급종합병원, 1인실, 1일이상60일한도)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원의 1인실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원일당(상급종합병원, 1인실, 1일이상60일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 일반상해입원일당(상급종합병원, 1인실, 1일이상60일한도)의 지급일수는 1회 입원당 60일을 한도로 합니다.
- ② 1항의 「1인실」은 「특실」 병실도 포함합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 일반상해입원일당(상급종합병원, 1인실, 1일이상60일한도)의 경우 상급종합병원의 1인실에 입원한 날만을 기준으로

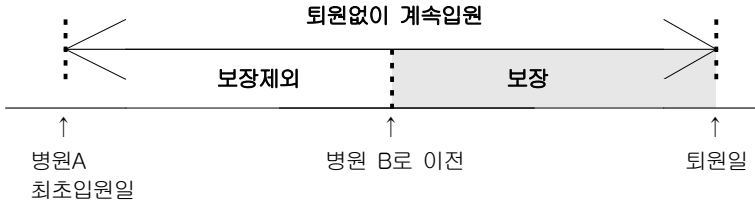
60일을 계산합니다.

- ② 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제1항을 적용합니다.
- ③ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원 일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 일반상해입원일당(상급종합병원,1인실,1일이상60일한도) 보장 개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 일반상해입원일당(상급종합병원,1인실,1일이상60일한도)을 계속 보상합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 일반상해입원일당(상급종합병원,1인실,1일이상60일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해입원일당(상급종합병원,1인실,1일이상60일한도)을 지급합니다.
- ⑦ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원 시작한날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해입원일당(상급종합병원,1인실,1일이상60일한도)을 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원으로 지정되는 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 일반상해입원일당(상급종합병원,1인실,1일이상60일한도)을 지급합니다.
- ⑨ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 일반상해입원일당(상급종합병원,1인실,1일이상60일한도)을 지급합니다.
- ⑩ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규

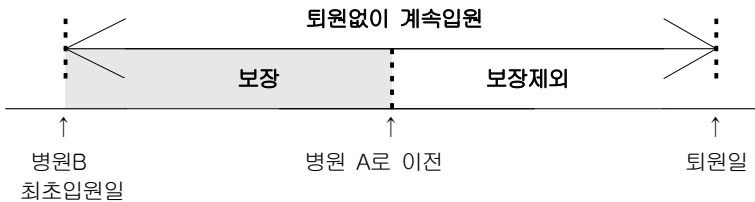
▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

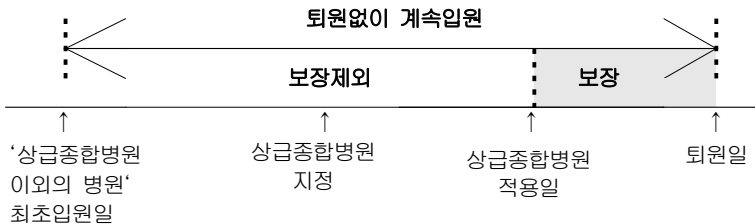
<'상급종합병원이외의병원'(병원A)에서 상급종합병원(병원B)으로 이전한 경우>



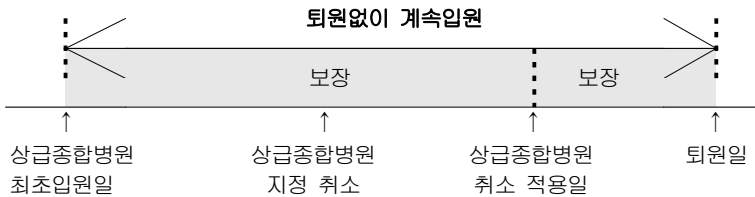
<상급종합병원(병원B)에서 '상급종합병원 이외의 병원'(병원A)으로 이전한 경우>



<'상급종합병원이외의병원'에 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우>



<상급종합병원에 입원 중에 상급종합병원의 지정이 취소된 경우>



제3조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

【 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정) 】

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
 1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제3조(상급종합병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 1-49. 일반상해입원일당(상급종합병원, 2~3인실, 1일이상30일한도)보장 특별약관,
일반상해입원일당(상급종합병원, 2~3인실, 1일이상30일한도)(태아보장)보장 특별약관

- ※ 일반상해입원일당(상급종합병원, 2~3인실, 1일이상30일한도)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원의 2~3인실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원일당(상급종합병원, 2~3인실, 1일이상30일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 일반상해입원일당(상급종합병원, 2~3인실, 1일이상30일한도)의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

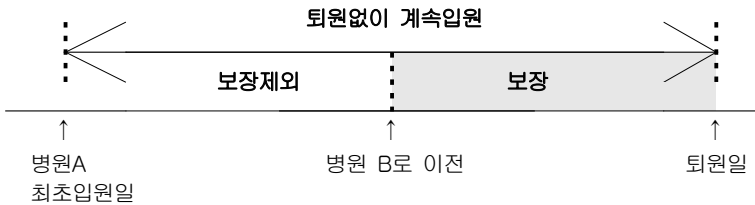
- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 일반상해입원일당(상급종합병원, 2~3인실, 1일이상30일한도)의 경우 상급종합병원의 2~3인실에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.
- ② 동일한 상해의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 일반상해입원일당(상급종합병원, 2~3인실, 1일이상30일한도) 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 일반상해입원일당(상급종합병원, 2~3인실, 1일이상30일한도)을 계속 보상합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 일반상해입원일당(상급종합병원, 2~3인실, 1일이상30일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해입원일당(상급종합병원, 2~3인실, 1일이상30일한도)을 지급합니다.
- ⑦ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원 시작한날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해입원일당(상급종합병원, 2~3인실, 1일이상30일한도)을 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원으로 지정되는 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 일반상해입원일당(상급종합병원, 2~3인실, 1일이상30일한도)을 지급합니다.
- ⑨ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급중

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

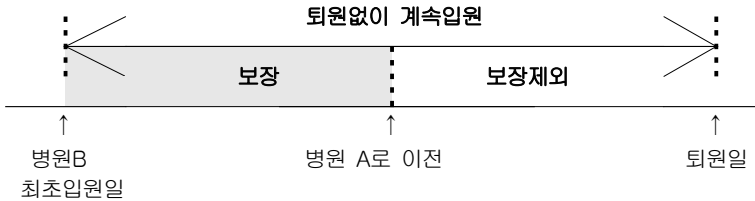
합병원 지정이 취소된 경우 최초 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 일반상해입원일당(상급종합병원, 2~3인실, 1일이상30일한도)을 지급합니다.

- ⑩ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

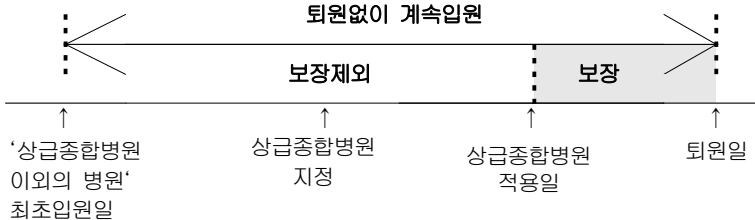
<'상급종합병원이외의병원'(병원A)에서 상급종합병원(병원B)으로 이전한 경우>

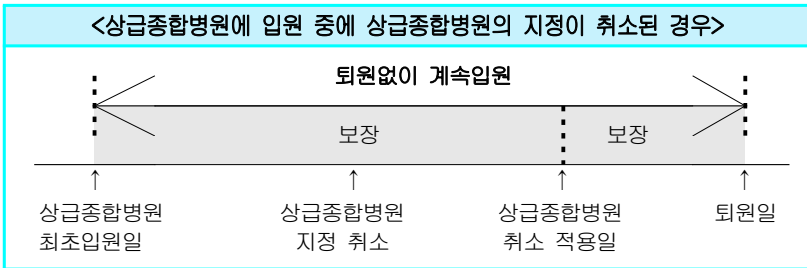


<상급종합병원(병원B)에서 '상급종합병원 이외의 병원'(병원A)으로 이전한 경우>



<'상급종합병원이외의병원'에 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우>





제3조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

【 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정) 】

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
 1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추는 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제3조(상급종합병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 1~50. 일반상해입원일당(상급종합병원, 4~5인실, 1일 이상 30일 한도)보장 특별약관,
일반상해입원일당(상급종합병원, 4~5인실, 1일 이상 30일 한도)(태아보장)보장 특별약관

※ 일반상해입원일당(상급종합병원, 4~5인실, 1일 이상 30일 한도)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상

해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원의 4~5인실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원일당(상급종합병원, 4~5인실, 1일 이상 30일 한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 일반상해입원일당(상급종합병원, 4~5인실, 1일 이상 30일 한도)의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

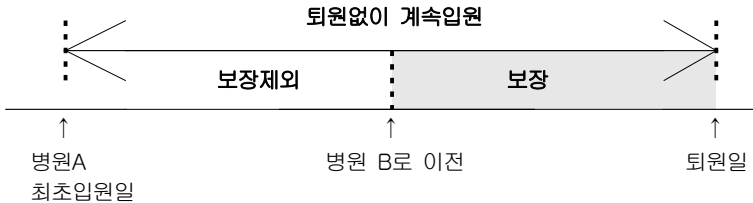
- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 일반상해입원일당(상급종합병원, 4~5인실, 1일 이상 30일 한도)의 경우 상급종합병원의 4~5인실에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.
- ② 동일한 상해의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 일반상해입원일당(상급종합병원, 4~5인실, 1일 이상 30일 한도) 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 일반상해입원일당(상급종합병원, 4~5인실, 1일 이상 30일 한도)을 계속 보상합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 일반상해입원일당(상급종합병원, 4~5인실, 1일 이상 30일 한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해입원일당(상급종합병원, 4~5인실, 1일 이상 30일 한도)을 지급합니다.
- ⑦ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원 시작한 날까지 제1조

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

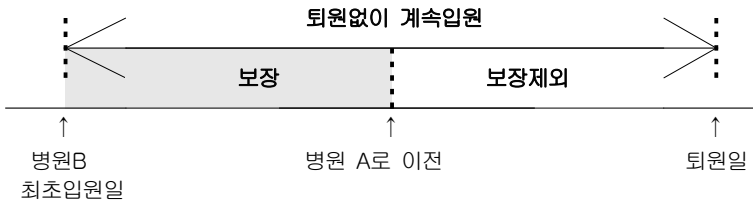
(보험금의 지급사유)에 따라 일반상해입원일당(상급종합병원, 4~5인실, 1일이상30일한도)을 지급합니다.

- ⑧ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원으로 지정되는 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 일반상해입원일당(상급종합병원, 4~5인실, 1일이상30일한도)을 지급합니다.
- ⑨ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 일반상해입원일당(상급종합병원, 4~5인실, 1일이상30일한도)을 지급합니다.
- ⑩ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

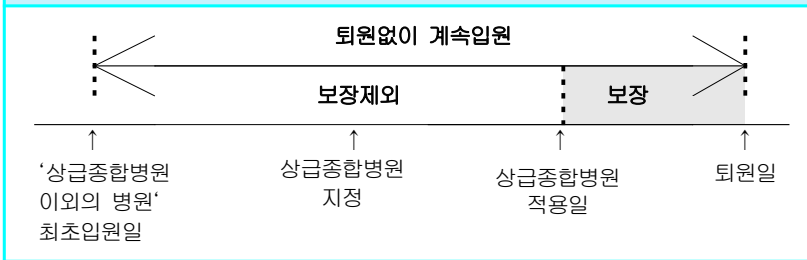
<‘상급종합병원이외의병원’(병원A)에서 상급종합병원(병원B)으로 이전한 경우>



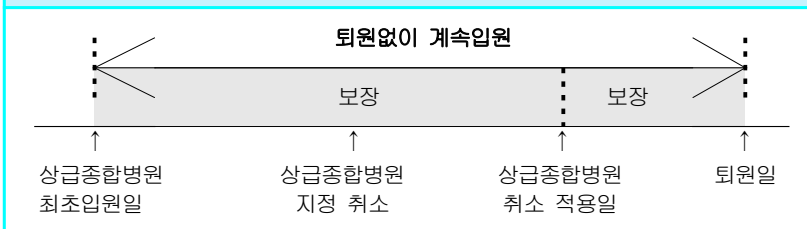
<상급종합병원(병원B)에서 ‘상급종합병원 이외의 병원’(병원A)으로 이전한 경우>



<'상급종합병원이외의병원'에 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우>



<상급종합병원에 입원 중에 상급종합병원의 지정이 취소된 경우>



제3조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

【 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정) 】

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
 1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제3조(상급종합병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 1-51. 간병인사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해가 발생하고 그 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원을 제외한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받으며 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래에 정한 금액을 간병인사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(요양병원 제외)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액
간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우	이 특별약관 보험가입금액의 100%
간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우	이 특별약관 보험가입금액의 50%

- ② 제1항의 간병인사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- ③ 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다. 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병 사용 시작일자와 간병 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

【지급금액 예시】

- 보험가입금액 : 2만원
- 입원기간 : 2030년 5월 1일 ~ 2030년 5월 30일 (30일)
- 간병인 사용일 및 사용금액
 1. 2030년 5월 12일 ~ 5월 17일 : 총 사용일수 6일, 총 사용금액 66만원, 1일당 평균 7만원 이상에 해당
→ 2만원 × 6일 = 12만원 지급
 2. 2030년 5월 21일 ~ 5월 25일 오전, 5월 25일 오후, 5월 26일 오후 ~ 5월 28일 : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 48만원, 1일당 평균 7만원 미만에 해당
→ 1만원 × 8일 = 8만원 지급
- 간병인사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외) 지급금액 : 간병인 사용일수 14일, 보험금 12만원 + 8만원 = 20만원 지급

- ② 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 간병인을 사용하던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.
- ④ 피보험자가 병원(단, 요양병원 제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간병인사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에도 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 간병인사용 일반상해입원일당(요양병원제외)(1일이상180일한도)은 지급하지 않습니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제5조(간병인의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 「간병인」이라 함은 유상으로 「간병서비스」를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 「간병서비스」를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.
- ② 제1항의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

- ③ 제1항에서 「간병서비스」라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요업무 예시】

침대 높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피위생관리, 식사보조, 휴식 돕기, 변기사용 보조 등

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 함)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 그 밖에 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

- ② 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.

1. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다.). 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.

2. 간병인 또는 그 소속 업체의 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
- ③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 1-52. 간병인사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(요양병원)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해가 발생하고 그 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일 당 이 특별약관의 보험가입금액을 간병인사용 일반상해입원일당(1일이상 180일한도)(요양병원)으로 보험수익자에게 지급합니다.

- ② 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 간병인을 사용하던 중 보험기간 이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조 (보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.
- ③ 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부 가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ② 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.
- ③ 피보험자가 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간병인사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(요양병원)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에도 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 간병인사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(요양병원)은 지급하지 않습니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제5조(간병인의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 「간병인」이라 함은 유상으로 「간병서비스」를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 「간병서비스」를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.
- ② 제1항의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

- ③ 제1항에서 「간병서비스」라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요업무 예시】

침대 높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부생관리, 식사보조, 휴식 돕기, 변기사용 보조 등

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 함)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 그 밖에 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

- ② 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.

1. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다.). 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.

2. 간병인 또는 그 소속 업체의 사업자등록증 및 국제청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
- ③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 1~53. 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)보장 특별약관,
간호·간병통합서비스사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)(태아보장)보장 특별약관

- ※ 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(요양병원 제외)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원을 제외한 병원(한방병원을 포함합니다. 이하 같습니다)에 입원하여 치료를 받으며 제4조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 사고에 의한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ② 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.
- ③ 피보험자가 병원(단, 요양병원 제외)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 - 1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
 - 2. 조산원
 - 3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제4조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에 있어서 「간호·간병통합서비스」라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)】

- ① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 “간호·간병통합서비스 제공인력”이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
- ② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
- ③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 “간호·간병통합서비스 제공기관”이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
- ④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
- ⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하

고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.

- ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무 환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
- ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병 통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

【의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스 제공 환자 및 제공 기관)】

- ① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
 - 1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
 - 2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
 - 3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자
- ② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
- ③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
- ④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.
 - 1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
 - 2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제5조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- 1. 청구서(회사 양식)

2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 함)
단, 제4조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 위의 사고증명서는 서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류이어야 합니다.
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 그 밖에 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 1-54. 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(종합병원)보장 특별약관,
간호·간병통합서비스사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(종합병원)(태아보장)보장 특별약관

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

※ 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(종합병원)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 종합병원에 입원하여 치료를 받으며 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(종합병원)으로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(종합병원)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 사고에 의한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ② 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.
- ③ 피보험자가 병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(종합병원)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제

3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

【 의료법 제3조의3(종합병원) 】

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
 1. 100개 이상의 병상을 갖추는 것
 2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
- ② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 “필수진료과목”이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제5조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에 있어서 「간호·간병통합서비스」라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)】

- ① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 “간호·간병통합서비스 제공인력”이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
- ② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
- ③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 “간호·간병통합서비스 제공기관”이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
- ④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
- ⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
- ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
- ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

【의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스 제공 환자 및 제공 기관)】

- ① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
 1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
 2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
 3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자
- ② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
- ③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
- ④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.
 1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
 2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제6조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 함)

단, 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 위의 사고증명서는 서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류이어야 합니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 그 밖에 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 1~55. 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(상급종합병원)보장 특별약관,
간호·간병통합서비스사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(상급종합병원)(태아보장)보장 특별약관

※ 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(상급종합병원)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원에 입원하여 치료를 받으며 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서

정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(상급종합병원)으로 보험수익자에게 지급합니다.

- ② 제1항의 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(상급종합병원)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 사고에 의한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ② 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.
- ③ 피보험자가 병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(상급종합병원)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경되는

경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

【 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정) 】

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
 1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖춘 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제5조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에 있어서 「간호·간병통합서비스」라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)】

- ① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 “간호·간병통합서비스 제공인력”이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
 - ② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
 - ③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 “간호·간병통합서비스 제공기관”이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
 - ④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
 - ⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
 - ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
 - ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.
- ※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

【의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스 제공 환자 및 제공 기관)】

- ① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
 1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자

2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
 3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자
 - ② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
 - ③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
 - ④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.
 1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
 2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관
- ※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제6조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 함)
단, 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 위의 사고증명서는 서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류이어야 합니다.
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 그 밖에 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

**[1종, 2종] 1-56. 일반상해입원후통원일당(3일이상계속입원,20일한도) 특별약관,
일반상해입원후통원일당(3일이상계속입원,20일한도)(태아보장) 특별약관**

- ※ 일반상해입원후통원일당(3일이상계속입원,20일한도)(태아보장) 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 인해 다음 각 호에 모두 해당되는 경우(이하 「입원후통원」 이라 합니다)에는 통원 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 일반상해입원후통원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.
 1. 상해의 직접결과로써 3일이상 병원(치과의원, 한의원, 치과병원 및 한방병원 제외)에 퇴원 없이 계속 입원하여 치료를 받고 퇴원한 경우
 2. 상해의 직접결과로써 제1호의 퇴원일(이하 일반상해입원후통원일당의 '기준일'이라 합니다)부터 180일 이내에 병원(치과의원, 한의원, 치과

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

병원 및 한방병원 제외)에 통원한 경우

3. 제1호 및 제2호는 동일한 상해의 치료를 목적으로 합니다.

다만, 일반상해입원후통원일당의 지급횟수는 1일 통원당 1회에 한하며, 20일을 한도로 합니다.

【 일반상해입원후통원일당(3일이상계속입원,20일한도) 보장기간[예시] 】

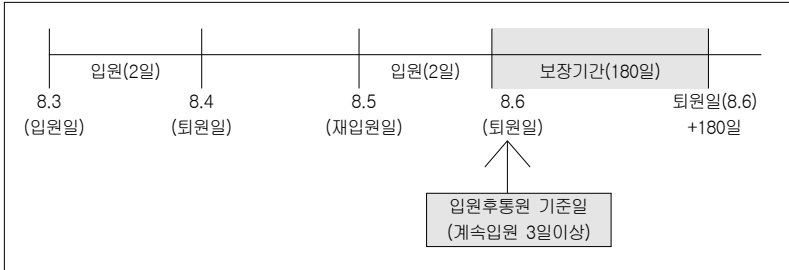
입원일	퇴원일	
		일반상해입원후통원일당 (1일 1회한, 20일한도)
퇴원없이 계속입원 (3일이상)		보장기간(180일)

※ 피보험자가 해당 상해의 직접적인 치료를 목적으로 입원(통원) 하더라도 치과의원, 한의원, 치과병원 및 한방병원에 입원(통원)한 경우에는 보험금 지급사유에서 제외됩니다.

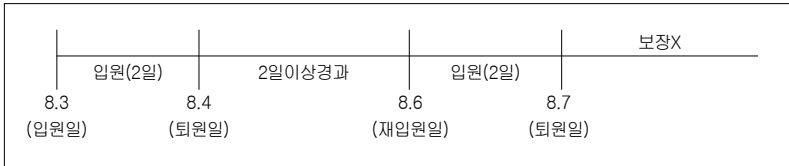
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 퇴원한 날의 다음날까지 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 다시 입원(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함합니다)한 경우에는 퇴원 없이 계속 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 퇴원 일을 포함하여 2일이 지난 이후에는 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 다시 입원하더라도 일반상해입원후통원일당의 기준일(퇴원일), 지급횟수 및 지급한도는 변경되지 않습니다.
- ③ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 일반상해입원후통원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않을 수 있습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

[보상예시] 퇴원한 다음날까지 동일한 상해로 재입원시

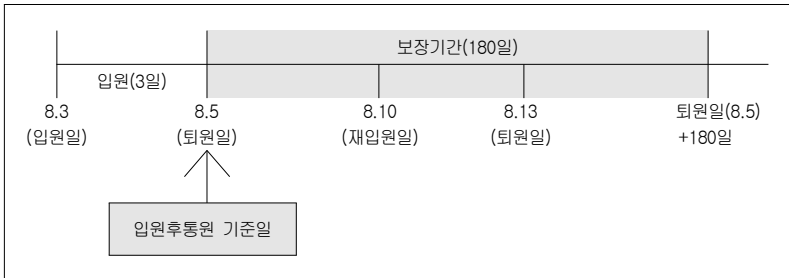


⇒ 퇴원한 날의 다음날까지 동일한 상해로 재입원시 퇴원없이 계속입원한 것으로 보아 입원일수를 합산함



⇒ 퇴원한 날의 다음날까지 재입원하지 않은 경우 입원일수를 합산하지 않음 (계속입원일이 3일 미만으로 입원후통원 미해당)

[보상예시] 퇴원일 포함 2일이 지난 이후에 동일한 상해로 재입원시



⇒ 동일한 상해로 다시 입원하더라도 입원후통원의 기준일(퇴원일), 지급횟수 및 지급한도는 변경되지 않음

제3조(통원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사의 면허를 가

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제5조(병원 등의 정의)에서 정한 병원(치과의원, 한의원, 치과병원 및 한방병원 제외)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 면허를 가진 자의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제5조(병원 등의 정의)에서 정한 병원(치과의원, 한의원, 치과병원 및 한방병원 제외)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

[유의사항]

< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >

- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

제5조(병원 등의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「치과의원」 및 「한의원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제1호에서 규정한 국내의 치과의원 및 한의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 치과의원 및 한의원을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「치과병원」 및 「한방병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호에서 규정한 국내의 치과병원 및 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 치과병원 및 한방병원을 말합니다.

【 의료법 제3조(의료기관) 】

- ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원
 - 나. 치과의원
 - 다. 한의원
 2. 조산원: 조산사가 조산과 임신부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
 3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 병원
 - 나. 치과병원
 - 다. 한방병원
 - 라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 정신병원
 - 바. 종합병원
- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

II. 질병관련 특별약관



[1종, 2종] 2-1. 질병사망보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 사망한 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 질병사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) ‘사망’의 원인 및 ‘사망보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 질병사망보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

- ② 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에서 보장하지 않는 사유로 사망한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 2-2. 질병사망(연만기형)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 사망한 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 질병사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) ‘사망’의 원인 및 ‘사망보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험²⁵⁰⁴ 약관

3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 질병사망보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에서 보장하지 않는 사유로 사망한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 2-3. 질병후유장해(80%이상)보장 특별약관,
질병후유장해(80%이상)(태아보장)보장 특별약관

※ 질병후유장해(80%이상)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단 확정된 질병의 직접결과로써 장해분류표(【별표1】『장해분류표』참조)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 질병후유장해(80%이상)보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

- ⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 질병후유장해(80%이상)보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 2-4. 질병후유장해(80%미만)보장 특별약관, 질병후유장해(80%미만)(태아보장)보장 특별약관

※ 질병후유장해(80%미만)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단 확정된 질병의 직접결과로써 장해분류표(【별표1】『장해분류표』참조)에서 정한 각 장해지급률이 80% 미만에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 장해분류표에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출된 금액을 질병후유장해(80%미만)보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

- ⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 질병으로 인한 후유장해보험금은 보험가입 금액을 한도로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 2-5. 질병후유장해(50%이상)보장 특별약관,
질병후유장해(50%이상)(태아보장)보장 특별약관

- ※ 질병후유장해(50%이상)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단 확정된 질병의 직접결과로써 장해분류표(【별표1】『장해분류표』참조)에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 질병후유장해(50%이상)보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에

별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 질병후유장해(50%이상)보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(준용규정)

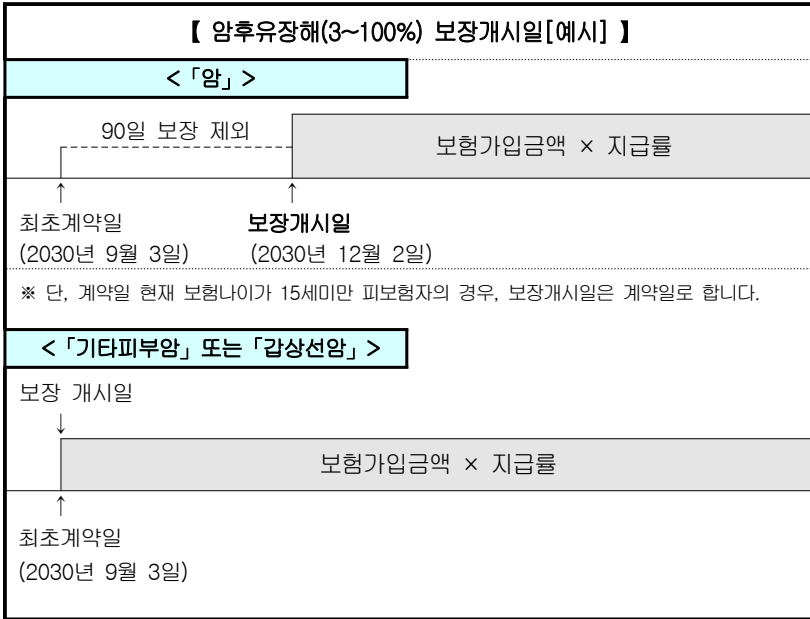
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

**[1종, 2종] 2-6. 암후유장해(3~100%)보장 특별약관,
암후유장해(3~100%)(태아보장)보장 특별약관**

※ 암후유장해(3~100%)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 정한 보장개시일 이후 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 확정되고, 그 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 인하여 보험기간 중에 장해분류표(【별표1】『장해분류표』참조)에서 정한 장해지급률이 3~100%에 해당하는 장해상태가 되었을 때, 장해분류표에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 암후유장해(3~100%) 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 「보장개시일」은 「암」의 경우 이 특별약관의 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 보장개시일은 계약일로 합니다. 이 경우 최초계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 보장개시일은 보험계약일로 합니다.



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해 분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ③ 장해분류표에 해당되지 않은 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해 분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해 분류표의 각 장해분류별 최저

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해 분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해 분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 이 특별약관에서 보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또 다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 지급받은 것으로 간주한 보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.
- ⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 질병으로 인한 암후유장해(3~100%)보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서 「기타피부암」 및 「갑상선암」을 제외한 질병(【별표14】 『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외)』 분

류표』 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

- ② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표15】 『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표15】 『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.
- ④ 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

- ⑤ 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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세포병의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 「암」 보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-7. 2대질병후유장해(3~100%)보장 특별약관,
2대질병후유장해(3~100%)(태아보장)보장 특별약관

※ 2대질병후유장해(3~100%)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」으로 진단 확정되고, 그 「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심장질환」으로 인하여 보험기간 중에 장애분류표(【별표1】『장애분류표』 참조)에서 정한 장애지급률이 3~100%에 해당하는 장애상태가 되었을 때, 장애분류표에서 정한 지급률을 이 특별약관의 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 2대질병후유장해(3~100%) 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해 분류표에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ③ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해 분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해 분류표의 각 장해분류별 최저지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해 분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다. 다만, 장해 분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ⑦ 이미 이 특별약관에서 보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또 다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 지급받은 것으로 간주한 보험금에 해당하는 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다.
- ⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 질병으로 인한 2대질병후유장해(3~100%) 보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제3조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「뇌혈관질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 뇌혈관질환으로 분류되는 질병(【별표23】『뇌혈관질환 분류표』참조)을 말합니다.
- ② 「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
1. 보험기간 중 「뇌혈관질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 「뇌혈관질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「허혈성심장질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 허혈성심장질환으로 분류되는 질병(【별표28】『허혈성심장질환 분류표』참조)을 말합니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

② 「허혈성심장질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 「허혈성심장질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 「허혈성심장질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-8. 암진단비(유사암제외)보장 특별약관, 암진단비(유사암제외)(태아보장)보장 특별약관

※ 암진단비(유사암제외)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후 「암」으로 진단확정 된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 암진단비(유사암제외)로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 「보장개시일」은 이 특별약관의 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 보장개시일은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 암(유사암제외)으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 암진단비(유사암제외)를 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 암진단비(유사암제외)에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

【「암」에 대한 보장개시일 [예시]】	
90일 보장 제외	보험가입금액의 100%
↑ 최초계약일 (2030년 4월 10일)	↑ 보장 개시일 (2030년 7월 9일)
※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.	

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서 「기타피부암」 및 「갑상선암」을 제외한 질병(【별표14】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ④ 「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

【유의사항】

한국표준질병사인분류 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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정 되는 경우

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험²⁵⁰⁴ 약관

2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 암진단비(유사암제외)보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-9. 유사암진단비보장 특별약관, 유사암진단비(태아보장)보장 특별약관

※ 유사암진단비(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단 확정된 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 유사암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 유사암진단비를 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 정의 및 진단확정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표16】『제

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

자리신생물 분류표』 참조)을 말합니다.

- ④ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국 표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표17】 『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』 참조)을 말합니다.
- ⑤ 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 각각 진단받아 유사암진단비를 각 1회씩 총4회 보험금을 지급한 때에는 마지막 지급사유의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-10. 암진단비(유사암제외)(체증형)보장 특별약관, 암진단비(유사암제외)(태아보장)(체증형)보장 특별약관

※ 암진단비(유사암제외)(태아보장)(체증형)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후 「암」으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 암진단비(유사암제외)(체증형)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액
암(유사암제외) 진단시	이 특별약관 보험가입금액의 100%를 5년마다 10%씩 정액 할증한 금액

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ② 제1항의 「보장개시일」은 이 특별약관의 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 보장개시일은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다.

【암진단비(유사암제외) 보장개시일 및 지급금액[예시]】	
< 「암」 >	
	...
↑ 최초계약일 (2030년4월10일) ↑ 「암」 보장개시일 (2030년7월9일) ↑ 5년 경과시점 (2035년4월10일) ↑ 10년 경과시점 (2040년4월10일)	
※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.	
<예시> 2030년 4월 10일 계약체결 후, 암(유사암제외)으로 진단 확정시 (보험가입금액 1,000만원 기준)	
구 분	지급금액
2030년 10월 1일 암(유사암제외)으로 진단 확정시	1,000만원
2031년 5월 1일 암(유사암제외)으로 진단 확정시	1,000만원
2037년 5월 1일 암(유사암제외)으로 진단 확정시	1,100만원
...	...
2061년 5월 1일 암(유사암제외)으로 진단 확정시	1,600만원

- ③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「암」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 암진단비(유사암제외)(체증형)을 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 암진단비(유사암제외)(체증형)에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서 「기타피부암」 및 「갑상선암」을 제외한 질병(【별표14】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.
- ④ 「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ⑤ 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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로

이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 암진단비(유사암제외)(체증형)보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

- ② 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 유사암진단비(체증형)을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표16】『제자리신생물 분류표』 참조)을 말합니다.
- ④ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표17】『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』 참조)을 말합니다.
- ⑤ 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 진단 확정에는 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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 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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자

리암」 또는 「경계성종양」으로 각각 진단받아 유사암진단비(체증형)을 각 1회씩 총4회 보험금을 지급한 때에는 마지막 지급사유인 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약 환급금을 지급하지 않습니다.

- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-12. 통합암진단비(유사암제외)보장 특별약관

※ 통합암진단비(유사암제외)보장 특별약관은 아래 8개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 통합암진단비(소액암)보장
- 통합암진단비(특정소화기계암)보장
- 통합암진단비(4대특정암)보장
- 통합암진단비(림프종및백혈병관련암)보장
- 통합암진단비(심장암및뇌암)보장
- 통합암진단비(폐암)보장
- 통합암진단비(4대특정암 II)보장
- 통합암진단비(12대특정암)보장

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후 「통합암(유사암제외)」으로 진단 확정된 경우에는 아래 각호에서 정한 보장에 따라 해당 보장별 지급금액을 각각 최초 1회에 한하여 통합암진단비(유사암제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액
1. 통합암진단비(소액암)보장	이 보장 보험가입금액의 100%
2. 통합암진단비(특정소화기계암)보장	이 보장 보험가입금액의 100%
3. 통합암진단비(4대특정암)보장	이 보장 보험가입금액의 100%
4. 통합암진단비(림프종및백혈병관련암)보장	이 보장 보험가입금액의 100%
5. 통합암진단비(심장암및뇌암)보장	이 보장 보험가입금액의 100%
6. 통합암진단비(폐암)보장	이 보장 보험가입금액의 100%
7. 통합암진단비(4대특정암Ⅱ)보장	이 보장 보험가입금액의 100%
8. 통합암진단비(12대특정암)보장	이 보장 보험가입금액의 100%

- ② 제1항의 「보장개시일」은 이 특별약관의 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 보장개시일은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다.

【통합암진단비(유사암제외) 보장개시일 [예시]】	
90일 보장 제외	보험가입금액의 100%
↑ 최초계약일 (2030년 4월 10일)	↑ 보장 개시일 (2030년 7월 9일)
※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.	

- ③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 통합암(유사암제외)으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 통합암진단비(유사암제외)를 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의

계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 통합암진단비(유사암 제외)에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(통합암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「통합암(유사암제외)」라 함은 「소액암」, 「특정소화기계암」, 「4대특정암」, 「림프종및백혈병관련 암」, 「심장암및뇌암」, 「폐암」, 「4대특정암Ⅱ」, 「12대특정암」 8개의 세부보장(【별표132】『통합암(유사암제외) 분류표』 참조)을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 제1항의 「소액암」이라 함은 【별표132】『통합암(유사암제외) 분류표』에서 정한 세부보장 소액암을 말합니다.
- ③ 제1항의 「특정소화기계암」이라 함은 【별표132】『통합암(유사암제외) 분류표』에서 정한 세부보장 특정소화기계암을 말합니다.
- ④ 제1항의 「4대특정암」이라 함은 【별표132】『통합암(유사암제외) 분류표』에서 정한 세부보장 4대특정암을 말합니다.
- ⑤ 제1항의 「림프종및백혈병관련암」이라 함은 【별표132】『통합암(유사암제외) 분류표』에서 정한 세부보장 림프종및백혈병관련암을 말합니다.
- ⑥ 제1항의 「심장암및뇌암」이라 함은 【별표132】『통합암(유사암제외) 분류표』에서 정한 세부보장 심장암및뇌암을 말합니다.
- ⑦ 제1항의 「폐암」이라 함은 【별표132】『통합암(유사암제외) 분류표』에서 정한 세부보장 폐암을 말합니다.
- ⑧ 제1항의 「4대특정암Ⅱ」이라 함은 【별표132】『통합암(유사암제외) 분류

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

표』에서 정한 세부보장 4대특정암II를 말합니다.

- ⑨ 제1항의 「12대특정암」이라 함은 【별표132】 『통합암(유사암제외) 분류표』에서 정한 세부보장 12대특정암을 말합니다.
- ⑩ 「통합암(유사암제외)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「통합암(유사암제외)」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「통합암(유사암제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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
- ⑪ 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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 해당 보장 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「통합암(유사암제외)」로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「소액암」, 「특정소화기계암」, 「4대특정암」, 「림프종및백혈병관련암」, 「심장암및뇌암」, 「폐암」, 「4대특정암II」 또는 「12대특정암」에 해당하는 지급사유가 발생하여 보험금을 지급한 때에는 각각에 대한 세부보장이 소멸됩니다. 이 경우 회사는 소멸되는 세부보장 부분에 대한 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「소액암」, 「특정소화기계암」, 「4대특정암」, 「림프종및백혈병관련암」, 「심장암및뇌암」, 「폐암」, 「4대특정암II」 또는 「12대특정암」에 해당하는 지급사유가 발생하여 각 1회씩 총 8회 보험금을 지급한 때에는 최종 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ③ 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

- ④ 제3항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-13. 특정5대암진단비(식도·췌장·곧·뇌 및 중추신경계통·혈액암)보장 특별약관,
특정5대암진단비(식도·췌장·곧·뇌 및 중추신경계통·혈액암)(태아보장)보장 특별약관

※ 특정5대암진단비(식도·췌장·곧·뇌 및 중추신경계통·혈액암)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후 「특정5대암(식도·췌장·곧·뇌 및 중추신경계통·혈액암)」으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정5대암진단비(식도·췌장·곧·뇌 및 중추신경계통·혈

액암)로 보험수익자에게 지급합니다.

- ② 제1항의 「보장개시일」은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 보장개시일은 보험계약일로 합니다
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 특정5대암(식도·췌장·골·뇌 및 중추신경계통·혈액암)으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 특정5대암진단비(식도·췌장·골·뇌 및 중추신경계통·혈액암)를 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 특정5대암진단비(식도·췌장·골·뇌 및 중추신경계통·혈액암)에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

【「특정5대암(식도·췌장·골·뇌 및 중추신경계통·혈액암)」에 대한 보장개시일 [예시]】	
90일 보장 제외	보험가입금액의 100%
↑ 최초계약일 (2030년 4월 10일)	↑ 보장 개시일 (2030년 7월 9일)
※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.	

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특정5대암(식도·췌장·골·뇌 및 중추신경계통·혈액암)의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「특정5대암(식도·췌장·골·뇌 및 중추신경계통·혈액암)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「특정5대암(식도·췌장·

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

골·뇌 및 중추신경계통·혈액암)」으로 분류되는 질병(【별표18】『특정5대암(식도·췌장·골·뇌 및 중추신경계통·혈액암) 분류표』참조)으로 식도의 악성신생물(암), 췌장의 악성신생물(암), 뼈 및 관절연골의 악성신생물(암), 뇌 및 중추신경계의 기타부위의 악성신생물(암), 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.

- ② 「특정5대암(식도·췌장·골·뇌 및 중추신경계통·혈액암)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「특정5대암(식도·췌장·골·뇌 및 중추신경계통·혈액암)」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「특정5대암(식도·췌장·골·뇌 및 중추신경계통·혈액암)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알

수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「특정5대암(식도·췌장·골·뇌 및 중추신경계통·혈액암)」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정5대암진단비(식도·췌장·골·뇌 및 중추신경계통·혈액암)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 2-14. 중증갑상선암진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 「중증갑상선암」으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 중증갑상선암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 「보장개시일」은 이 특별약관의 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 보장개시일은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다.

【중증갑상선암진단비 보장개시일 [예시]】	
< 「중증갑상선암」 >	
90일 보장 제외	보험가입금액의 100%
↑ 최초계약일 (2030년 4월 10일)	↑ 「암」 보장 개시일 (2030년 7월 9일)

- ③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 중증갑상선암으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 중증갑상선암진단비를 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립

액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 중증갑상선암진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

- ④ 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(중증갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「중증갑상선암」이라 함은 위 제1항의 갑상선암 중에서 「갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)」 또는 「갑상선 역형성암(미분화암, Anaplastic Thyroid Cancer)」에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 위 2항의 「중증갑상선암」에 대한 진단은 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 진단 확정된 경우에 한합니다.

【예시】

특정암(원발부위가 중증갑상선암이 아닌 암)으로 암진단비에서 보장을 받은 후 특정암이 중증갑상선암으로 전이되었다면 중증갑상선암진단비는 지급되지 않습니다. 즉, 중증갑상선암으로 중증갑상선암진단비에서 보장을 받으려면 중증갑상선암은 전이암이 아닌 원발암이어야 합니다.

- ④ 「중증갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「중증갑상선암」

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「중증갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「중증갑상선암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증갑상선암진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특

별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-15. 전이암진단비 보장 특별약관

※ 전이암 진단비 보장 특별약관은 2개의 세부보장[림프절전이암진단비, 특정전이암진단비]으로 구성되어 있습니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험²⁵⁰⁴ 약관

항에서 정한 보장개시일 이후에 「림프절전이암」 또는 「특정전이암」으로 진단확정 된 경우에는 아래 각 호에서 정한 금액을 각각 최초 1회에 한하여 전이암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액
1. 림프절전이암진단비 보장	이 보장 보험가입금액의 100%
2. 특정전이암진단비 보장	이 보장 보험가입금액의 100%

- ② 제1항의 「보장개시일」은 이 특별약관의 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 보장개시일은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다.

【 보장개시일 [예시] 】	
90일 보장 제외	보험가입금액의 100%
↑ 최초계약일 (2030년 4월 10일)	↑ 「전이암」 보장 개시일 (2030년 7월 9일)

- ③ 피보험자가 사망하고 그 후에 「림프절전이암」 또는 「특정전이암」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항 제1호 및 제2호의 전이암진단비를 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 전이암진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(전이암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「전이암」이라 함은 「림프절전이암」 및 「특정전이암」을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 「림프절전이암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물」로 분류되는 질병(【별표110】『전이암 분류표』 참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「특정전이암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물」, 「기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물」, 「부위의 명시가 없는 악성 신생물」로 분류되는 질병(【별표110】『전이암 분류표』 참조)을 말합니다.
- ④ 「전이암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘 흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「전이암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「전이암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

제4조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험²⁵⁰⁴ 약관

로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「림프절전이암」 또는 「특정전이암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호에서 정한 림프절전이암진단비보장 보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 보장 특별약관은 소멸되며, 이 보장 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호에서 정한 특정전이암보장 보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 보장 특별약관은 소멸되며, 이 보장 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호 및 제2호에서 정한 보험금을 모두 지급한 경우에는 마지막 지급사유의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ④ 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ⑤ 제4항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차

는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-16. 통합전이암진단비(유사암제외)보장 특별약관

※ 통합전이암진단비(유사암제외)보장 특별약관은 아래 8개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 통합전이암진단비(소액암의 전이암)보장
- 통합전이암진단비(특정소화기계암의 전이암)보장
- 통합전이암진단비(4대특정암의 전이암)보장
- 통합전이암진단비(림프종및백혈병관련암의 전이암)보장
- 통합전이암진단비(심장암및뇌암의 전이암)보장
- 통합전이암진단비(폐암의 전이암)보장
- 통합전이암진단비(4대특정암Ⅱ의 전이암)보장
- 통합전이암진단비(12대특정암의 전이암)보장

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후 「통합전이암(유사암제외)」으로 진단 확정된 경우에는 아래 각호에서 정한 보장에 따라 해당 보장별 지급금액을 각각 최초 1회에 한하여 통합전이암진단비(유사암제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

구 분	지급금액
1. 통합전IAM진단비(소액암의 전IAM)보장	이 보장 보험가입금액의 100%
2. 통합전IAM진단비(특정소화기계암의 전IAM)보장	이 보장 보험가입금액의 100%
3. 통합전IAM진단비(4대특정암의 전IAM)보장	이 보장 보험가입금액의 100%
4. 통합전IAM진단비(림프종및백혈병관련암의 전IAM)보장	이 보장 보험가입금액의 100%
5. 통합전IAM진단비(심장암및뇌암의 전IAM)보장	이 보장 보험가입금액의 100%
6. 통합전IAM진단비(폐암의 전IAM)보장	이 보장 보험가입금액의 100%
7. 통합전IAM진단비(4대특정암II의 전IAM)보장	이 보장 보험가입금액의 100%
8. 통합전IAM진단비(12대특정암의 전IAM)보장	이 보장 보험가입금액의 100%

- ② 제1항의 「보장개시일」은 이 특별약관의 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 보장개시일은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다.

【통합전IAM진단비(유사암제외) 보장개시일 [예시]】	
90일 보장 제외	보험가입금액의 100%
↑ 최초계약일 (2030년 4월 10일)	↑ 보장 개시일 (2030년 7월 9일)
※ 단, 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.	

- ③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 통합전IAM(유사암제외)으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 통합전IAM진단비(유사암제외)를 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 통합전IAM진단비(유사암제외)에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해

합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(통합전이암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「통합전이암(유사암제외)」이라 함은 「소액암의 전이암」, 「특정소화기계암의 전이암」, 「4대특정암의 전이암」, 「림프종및백혈병관련암의 전이암」, 「심장암및뇌암의 전이암」, 「폐암의 전이암」, 「4대특정암Ⅱ의 전이암」, 「12대특정암의 전이암」 8개의 세부보장을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에 있어서 암관련 질병에 대한 정의는 아래와 같습니다.
 1. 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서 「기타피부암」 및 「갑상선암」을 제외한 질병(【별표14】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
 2. 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
 3. 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
 4. 「전이암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물」, 「호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물」, 「기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물」로 분류되는 질병(【별표133】『전이암Ⅱ 분류표』)을 말합니다.
- ③ 제1항의 「소액암의 전이암」이라 함은 【별표132】『통합암(유사암제외)

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

분류표』에서 정한 세부보장 소액암을 원발로 하여 전이된 「전이암」을 말합니다.

- ④ 제1항의 「특정소화기계암의 전이암」이라 함은 【별표132】 『통합암(유사암제외) 분류표』에서 정한 세부보장 특정소화기계암을 원발로 하여 전이된 「전이암」을 말합니다.
- ⑤ 제1항의 「4대특정암의 전이암」이라 함은 【별표132】 『통합암(유사암제외) 분류표』에서 정한 세부보장 4대특정암을 원발로 하여 전이된 「전이암」을 말합니다.
- ⑥ 제1항의 「림프종및백혈병관련암의 전이암」이라 함은 【별표132】 『통합암(유사암제외) 분류표』에서 정한 세부보장 림프종및백혈병관련암을 원발로 하여 전이된 「전이암」을 말합니다.
- ⑦ 제1항의 「심장암및뇌암의 전이암」이라 함은 【별표132】 『통합암(유사암제외) 분류표』에서 정한 세부보장 심장암및뇌암을 원발로 하여 전이된 「전이암」을 말합니다.
- ⑧ 제1항의 「폐암의 전이암」이라 함은 【별표132】 『통합암(유사암제외) 분류표』에서 정한 세부보장 폐암을 원발로 하여 전이된 「전이암」을 말합니다.
- ⑨ 제1항의 「4대특정암Ⅱ의 전이암」이라 함은 【별표132】 『통합암(유사암제외) 분류표』에서 정한 세부보장 4대특정암Ⅱ을 원발로 하여 전이된 「전이암」을 말합니다.
- ⑩ 제1항의 「12대특정암의 전이암」이라 함은 【별표132】 『통합암(유사암제외) 분류표』에서 정한 세부보장 12대특정암을 원발로 하여 전이된 「전이암」을 말합니다.
- ⑪ 「통합전이암(유사암제외)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「통합전이암(유사암제외)」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「통합전이암(유사암제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을

증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 해당 보장 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「통합전이암(유사암제외)」으로 진단확정되는 경우

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험²⁵⁰⁴ 약관

2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우, 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「소액암의 전이암」, 「특정소화기계암의 전이암」, 「4대특정암의 전이암」, 「림프종및백혈병관련암의 전이암」, 「심장암및뇌암의 전이암」, 「폐암의 전이암」, 「4대특정암Ⅱ의 전이암」 또는 「12대특정암의 전이암」에 해당하는 지급사유가 발생하여 보험금을 지급한 때에는 각각에 대한 세부보장이 소멸됩니다. 이 경우 회사는 소멸되는 세부보장 부분에 대한 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「소액암의 전이암」, 「특정소화기계암의 전이암」, 「4대특정암의 전이암」, 「림프종및백혈병관련암의 전이암」, 「심장암및뇌암의 전이암」, 「폐암의 전이암」, 「4대특정암Ⅱ의 전이암」 또는 「12대특정암의 전이암」에 해당하는 지급사유가 발생하여 각 1회씩 총 8회 보험금을 지급한 때에는 최종 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ③ 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ④ 제3항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급일일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.

이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-17. 기타피부암및갑상선암의전이암진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후 「기타피부암 및 갑상선암의 전이암」으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 기타피부암및갑상선암의전이암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 「보장개시일」은 이 특별약관의 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 보장개시일은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다.

【기타피부암및갑상선암의전이암진단비 보장개시일 [예시]】	
90일 보장 제외	보험가입금액의 100%
↑ 최초계약일 (2030년 4월 10일)	↑ 보장 개시일 (2030년 7월 9일)
※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.	

- ③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「기타피부암 및 갑상선암의 전이암」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 기타피부암 및갑상선암의전이암진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸)

제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 기타피부암및갑상선암의전이암진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(기타피부암 및 갑상선암의 전이암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 암관련 질병에 대한 정의는 아래와 같습니다.
 1. 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
 2. 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
 3. 「전이암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물」, 「호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물」, 「기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물」로 분류되는 질병(【별표133】『전이암Ⅱ 분류표』)을 말합니다.
- ② 이 특별약관에 「기타피부암 및 갑상선암의 전이암」이라 함은 【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』에서 정한 「기타 피부의 악성 신생물」 및 「갑상선의 악성 신생물」을 원발로 하여 전이된 「전이암」을 말합니다.
- ③ 「기타피부암 및 갑상선암의 전이암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사 의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈

액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「기타피부암 및 갑상선암의 전이암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「기타피부암 및 갑상선암의 전이암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

제4조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「갑상선암 및 기타피부암의 전이암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 기타피부암및갑상선암의전이암진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ② 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-18. 보험료납입지원(유사암진단)보장 특별약관

제1조(특별약관의 보험기간)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 보통약관 계약의 보험료 납입기간과 동일합니다.
- ② 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「기

타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험료납입지원(유사암 진단) 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

단, 보험료납입지원(유사암진단) 보험금은 매년 보험금 지급사유 발생해 당일에 지급하며, 해당년도에 보험금 지급사유 발생해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날에 지급합니다.

구 분	지급금액
보험료납입지원 (유사암진단) 보험금	이 특별약관의 보험가입금액의 12배를 보험료납입지원기간동안 매년 확정 지급 + 이 특별약관의 보험가입금액×보험료납입지원 잔여기간(월)

- ② 제1항의 「보험료납입지원기간」이라 함은 제1항의 보험금 지급사유 발생일부터 이 특별약관의 보험기간 종료일 이전까지의 연단위 기간을 말합니다. 단, 연단위 미만의 끝수는 버립니다.
- ③ 제1항의 「보험료납입지원 잔여기간(월)」이라 함은 제2항에서 정한 「보험료납입지원기간」이 끝난 날의 다음날부터 이 특별약관의 보험기간 종료일 이전까지 월단위 기간을 말합니다. 단, 월단위 미만의 끝수는 버립니다.
- ④ 제1항의 금액은 보험수익자의 요청에 따라 일시지급이 가능하며, 이 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액과 적용이율을 연단위 복리로 할인한 금액 중 큰 금액을 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 사망하고 그 후에 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 보험료 납입지원(유사암진단) 보험금을 지급합니다.

【지급금액 예시】

2030년 1월 1일 계약체결 후, 2033년 7월 10일 기타피부암 진단 확정시
(20년만기, 전기납, 사고당시 보험가입금액 10만원 기준)

* 납입경과월수 = 2030년 1월 1일 - 2033년 7월 10일 = 43회(3년 7개월)

* 잔여보험기간 = 이 특별약관의 보험기간(20년) - 납입경과월수(3년 7개월) = 16년 5개월

- 보험료납입지원기간 = 16년

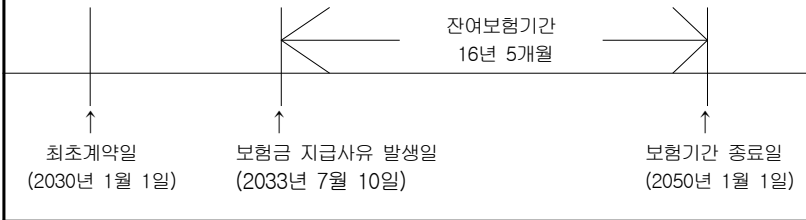
- 보험료납입지원 잔여기간(월) = 5개월

* 지급사유 발생해당일 : 7월 10일

* 지급예시

지급기간	지급금액
2033년 7월 10일 ~ 2048년 7월 10일 (16년간, 매년 7월 10일 지급)	매년 120만원(10만원×12)
2049년 7월 10일	50만원(10만원×5)

* 보험료납입지원(유사암진단) 보험금 총액 : 1,970만원



제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표16】『제자리신생물 분류표』 참조)을 말합니다.

- ④ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표 17】『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』참조)을 말합니다.
- ⑤ 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 보험료납입지원(유사암진단) 보험금을 지급한 때에는 지급사유의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에도 보통약관 제28조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

료 납입면제 사유가 발생한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

- ③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 지급합니다.
- ④ 제3항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-19. 양성뇌종양진단비II 보장 특별약관, 양성뇌종양진단비III (태아보장)보장 특별약관

※ 양성뇌종양진단비II(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「양성뇌종양II」으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 양성뇌종양진단비II로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 사망하고 그 후에 양성뇌종양II으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 양성뇌종양진단비II를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액

및 미경과보험료를 지급한 경우에는 양성뇌종양진단비Ⅱ에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(양성뇌종양Ⅱ의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「양성뇌종양Ⅱ」 이라 함은 뇌와 척수(뇌막과 척수수막 포함)에 발생한 병리조직학적으로 양성인 뇌종양으로서 제8차 한국표준 질병·사인분류에 있어서 「양성뇌종양Ⅱ」로 분류되는 질병(【별표91】『양성뇌종양Ⅱ 분류표』참조)을 말하며, 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥기형은 보장에서 제외합니다.
- ② 「양성뇌종양Ⅱ」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자(이하 「의사」라고 합니다)중 신경과 의사 또는 신경외과 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적검사상 객관적인 이상소견(Sign)과 함께 뇌전산화단층 촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌조직에 대한 현미경 소견을 기초(문서화된 기록 또는 검사결과를 말합니다)로 하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 「양성뇌종양Ⅱ」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 양성뇌종양진단비II를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 2-20. 위·십이지장 양성신생물(폴립포함)진단비(연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「위·십이지장 양성신생물(폴립포함)」으로 진단확정 되었을 경우에는 연간 1회의 진단에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 위·십이지장 양성신생물(폴립포함)진단비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 위·십이지장 양성신생물(폴립포함)이 발생한 부위, 개수와 관계없이 연간 1회에 한하여 지급합니다.

- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.
- ③ 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.
- ④ 피보험자가 보험기간 중에 사망하고 그 후에 위·십이지장 양성신생물(폴립포함)으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 위·십이지장 양성신생물(폴립포함)진단비를 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(위·십이지장 양성신생물(폴립포함)의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「위·십이지장 양성신생물(폴립포함)」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「위·십이지장 양성신생물(폴립포함)」으로 분류되는 질병(【별표85】『위·십이지장 양성신생물(폴립포함) 분류표』참조)을 말합니다.
- ② 「위·십이지장 양성신생물(폴립포함)」의 진단확정은 조직병리학적 검진, 내시경 검사 등에 근거하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과 의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 와 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-21. 대장 양성신생물(폴립포함)진단비(연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「대장 양성신생물(폴립포함)」으로 진단확정 되었을 경우에는 연간 1회의 진단에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 대장 양성신생물(폴립포함)진단비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 대장 양성신생물(폴립포함)이 발생한 부위, 개수와 관계없이 연간 1회에 한하여 지급합니다.
- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.
- ③ 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세

계약해당일로 합니다.

- ④ 피보험자가 보험기간 중에 사망하고 그 후에 대장 양성신생물(폴립포함)으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 대장 양성신생물(폴립포함)진단비를 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(대장 양성신생물(폴립포함)의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「대장 양성신생물(폴립포함)」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「대장 양성신생물(폴립포함)」으로 분류되는 질병(【별표86】『대장 양성신생물(폴립포함) 분류표』참조)을 말합니다.
- ② 「대장 양성신생물(폴립포함)」의 진단확정은 조직병리학적 검진, 내시경 검사 등에 근거하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

험료를 지급합니다.

- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급)와 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-22. 뇌출혈진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「뇌출혈」로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌출혈진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 사망하고 그 후에 뇌출혈로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 뇌출혈진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 뇌출혈진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(뇌출혈의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「뇌출혈」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 뇌출혈로 분류되는 질병(【별표21】『뇌출혈 분류표』참조)을 말합니다.
- ② 「뇌출혈」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(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 「뇌출혈」로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌출혈진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험²⁵⁰⁴ 약관

는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 2-23. 뇌졸중진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「뇌졸중」으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌졸중진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 사망하고 그 후에 뇌졸중으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 뇌졸중진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 뇌졸중진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「뇌졸중」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있

어서 뇌졸중으로 분류되는 질병(【별표22】『뇌졸중 분류표』참조)을 말합니다.

- ② 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관 조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 「뇌졸중」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 2-24. 뇌혈관질환진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「뇌혈관질환」으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌혈관질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 사망하고 그 후에 뇌혈관질환으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 뇌혈관질환진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 뇌혈관질환진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「뇌혈관질환」 이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 뇌혈관질환으로 분류되는 질병(【별표23】『뇌혈관질환 분류표』참조)을 말합니다.
- ② 「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제

외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(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 「뇌혈관질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌혈관질환진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 2-25. 특정뇌혈관질환진단비보장 특별약관, 특정뇌혈관질환진단비(태아보장)보장 특별약관

※ 특정뇌혈관질환진단비(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「특정뇌혈관질환」으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 특정뇌혈관질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 피보험자가 사망하고 그 후에 특정뇌혈관질환으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 특정뇌혈관질환진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 특정뇌혈관질환진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특정뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「특정뇌혈관질환」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인 분류에 있어서 「특정뇌혈관질환」으로 분류되는 질병(【별표112】『특정뇌혈관질환 분류표』 참조)을 말합니다.
- ② 「특정뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명

영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「뇌혈관질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정뇌혈관질환진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-26. 뇌출혈진단비(신생아뇌출혈포함)보장 특별약관,
뇌출혈진단비(신생아뇌출혈포함)(태아보장)보장 특별약관

제1조(특별약관의 체결)

이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 출생전자녀가입 특별약관의 태아를 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「뇌출혈」 또는 「신생아뇌출혈」로 진단 확정된 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지급금액
1. 뇌출혈진단비	「뇌출혈」로 진단 확정시	이 특별약관 보험가입금액의 100%
2. 신생아뇌출혈진단비	「신생아뇌출혈」로 진단 확정시	이 특별약관 보험가입금액의 20%

- ② 제1항에도 불구하고, 「뇌출혈」로 진단 확정되어 뇌출혈진단비를 지급 받은 이후에 「신생아뇌출혈」로 진단 확정시에는 신생아뇌출혈진단비를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 보험기간 중에 사망하고 그 후에 「뇌출혈」 또는 「신생아뇌출혈」로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 뇌출혈진단비 또는 신생아뇌출혈진단비를 지급합니다. 다만, 제7조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 뇌출혈진단비 또는 신생아뇌출혈진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 회사가 지급하여야 할 동일한 질병으로 인한 뇌출혈진단비 및 신생아뇌

출혈진단비는 보험가입금액을 한도로 합니다.

- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(뇌출혈 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「뇌출혈」 또는 「신생아뇌출혈」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 뇌출혈(신생아뇌출혈포함)로 분류되는 질병 (【별표24】 『뇌출혈(신생아뇌출혈포함) 분류표』 참조)을 말합니다.
- ② 「뇌출혈」 또는 「신생아뇌출혈」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(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 「뇌출혈」 또는 「신생아뇌출혈」로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 제3조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호에서 정한 뇌출혈진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험²⁵⁰⁴ 약관

- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 2-27. 뇌졸중진단비(신생아뇌출혈포함)보장 특별약관,
뇌졸중진단비(신생아뇌출혈포함)(태아보장)보장 특별약관

제1조(특별약관의 체결)

이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 출생전자녀가입 특별약관의 태아를 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「뇌졸중」 또는 「신생아뇌출혈」로 진단 확정된 경우에는 각각 최초 1회에

한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지급금액
1. 뇌졸중진단비	「뇌졸중」으로 진단 확정시	이 특별약관 보험가입금액의 100%
2. 신생아뇌출혈진단비	「신생아뇌출혈」로 진단 확정시	이 특별약관 보험가입금액의 20%

- ② 제1항에도 불구하고, 「뇌졸중」으로 진단 확정되어 뇌졸중진단비를 지급 받은 이후에 「신생아뇌출혈」로 진단 확정시에는 신생아뇌출혈진단비를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 보험기간 중에 사망하고 그 후에 「뇌졸중」 또는 「신생아뇌출혈」로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 뇌졸중진단비 또는 신생아뇌출혈진단비를 지급합니다. 다만, 제7조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 뇌졸중진단비 또는 신생아뇌출혈진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 회사가 지급하여야 할 동일한 질병으로 인한 뇌졸중진단비 및 신생아뇌출혈진단비는 보험가입금액을 한도로 합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(뇌졸중 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「뇌졸중」 또는 「신생아뇌출혈」이라 함은 제8차 한국표

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

준질병사인분류에 있어서 뇌졸중(신생아뇌출혈포함)으로 분류되는 질병 (【별표25】『뇌졸중(신생아뇌출혈포함) 분류표』참조)을 말합니다.

- ② 「뇌졸중」 또는 「신생아뇌출혈」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(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 「뇌졸중」 또는 「신생아뇌출혈」로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 제3조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호에서 정한 뇌졸중진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(단기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 2-28. 뇌혈관질환진단비(신생아뇌출혈포함)보장 특별약관,
뇌혈관질환진단비(신생아뇌출혈포함)(태아보장)보장 특별약관

제1조(특별약관의 체결)

이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 출생전자녀가입 특별약관의 태아를 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「뇌혈관질환」 또는 「신생아뇌출혈」로 진단 확정된 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지급금액
1. 뇌혈관질환진단비	「뇌혈관질환」으로 진단 확정시	이 특별약관 보험가입금액의 100%
2. 신생아뇌출혈진단비	「신생아뇌출혈」로 진단 확정시	이 특별약관 보험가입금액의 20%

- ② 제1항에도 불구하고, 「뇌혈관질환」으로 진단 확정되어 뇌혈관질환진단비를 지급 받은 이후에 「신생아뇌출혈」로 진단 확정시에는 신생아뇌출혈진단비를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 보험기간 중에 사망하고 그 후에 「뇌혈관질환」 또는 「신생아뇌출혈」로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 뇌혈관질환진단비 또는 신생아뇌출혈진단비를 지급합니다. 다만, 제7조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 뇌혈관질환진단비 또는 신생아뇌출혈진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 회사가 지급하여야 할 동일한 질병으로 인한 뇌혈관질환진단비 및 신생아뇌출혈진단비는 보험가입금액을 한도로 합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(뇌혈관질환 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「뇌혈관질환」 또는 「신생아뇌출혈」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 뇌혈관질환(신생아뇌출혈포함)으로 분류되는 질병(【별표26】 『뇌혈관질환(신생아뇌출혈포함) 분류표』 참조)을 말합니다.
- ② 「뇌혈관질환」 또는 「신생아뇌출혈」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 「뇌혈관질환」 또는 「신생아뇌출혈」로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 제3조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호에서 정한 뇌혈관질환진단비를 지

급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 2-29. 뇌전증진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「뇌전증」으로 진단확정 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌전증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 사망하고 그 후에 뇌전증으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 뇌전증진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 뇌전증진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

- ③ 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(뇌전증의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「뇌전증」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「뇌전증」으로 분류되는 질병(【별표57】『뇌전증 분류표』참조)을 말합니다.
- ② 「뇌전증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌파검사, 자기공명영상(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT) 등 뇌전증의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사와 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 뇌전증의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.
- ③ 그러나 피보험자가 사망하여 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「뇌전증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌전증진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-30. 급성심근경색증진단비보장 특별약관, 급성심근경색증진단비(태아보장)보장 특별약관

※ 급성심근경색증진단비(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「급성심근경색증」으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 급성심근경색증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 사망하고 그 후에 급성심근경색증으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 급성심근경색증진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험²⁵⁰⁴ 약관

액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 급성심근경색증진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「급성심근경색증」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 급성심근경색증으로 분류되는 질병(【별표27】『급성심근경색증 분류표』 참조)을 말합니다.
- ② 「급성심근경색증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 보험기간 중 「급성심근경색증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 「급성심근경색증」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증진단비를 지급한 경

우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 2-31. 허혈성심장질환진단비보장 특별약관, 허혈성심장질환진단비(태아보장)보장 특별약관

※ 허혈성심장질환진단비(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「허혈성심장질환」으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 허혈성심장질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 사망하고 그 후에 허혈성심장질환으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 허혈성심장질환진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험²⁵⁰⁴ 약관

액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 허혈성심장질환진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「허혈성심장질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 허혈성심장질환으로 분류되는 질병(【별표28】『허혈성심장질환 분류표』 참조)을 말합니다.
- ② 「허혈성심장질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 보험기간 중 「허혈성심장질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 「허혈성심장질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 허혈성심장질환진단비를 지급한 경

우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 2-32. 특정허혈성심장질환진단비보장 특별약관, 특정허혈성심장질환진단비(태아보장)보장 특별약관

※ 특정허혈성심장질환진단비(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「특정허혈성심장질환」으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 특정허혈성심장질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 피보험자가 사망하고 그 후에 특정허혈성심장질환으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 허혈성심장질환진단비를 지급합니다. 다만, 제5

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험²⁵⁰⁴ 약관

조(특별약관의 소명) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 특정허혈성심장질환진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특정허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「특정허혈성심장질환」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「특정허혈성심장질환」으로 분류되는 질병(【별표11 1】『특정허혈성심장질환 분류표』참조)을 말합니다.
- ② 「특정허혈성심장질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 보험기간 중 「특정허혈성심장질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 「특정허혈성심장질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정허혈성심장질환진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-33. 심혈관특정질환 I 진단비보장 특별약관,
심혈관특정질환 I 진단비(태아보장)보장 특별약관

※ 심혈관특정질환 I 진단비(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「심혈관특정질환 I」으로 진단확정 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 심혈관특정질환 I 진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 사망하고 그 후에 심혈관특정질환 I으로 사망

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 심혈관특정질환 I 진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 심혈관특정질환 I 진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(「심혈관특정질환 I」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「심혈관특정질환 I」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「심혈관특정질환 I」으로 분류되는 질병(【별표52】『심혈관특정질환 I 분류표』참조)을 말합니다.
- ② 「심혈관특정질환 I」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 보험기간 중 「심혈관특정질환 I」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 「심혈관특정질환 I」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 심혈관특정질환 I 진단비 보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-34. 심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)진단비,
심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)진단비(태아보장)보장 특별약관

- ※ 심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)진단비(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)」로 진단확정 되었을 경우에는 최

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 「심혈관특정질환 I (기타 심장부정맥제외)」로 보험수익자에게 지급합니다.

- ② 피보험자가 보험기간 중에 사망하고 그 후에 「심혈관특정질환 I (기타 심장부정맥제외)」로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(「심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)」이라 함은 제 8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)」으로 분류되는 질병(【별표53】『심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)분류표』참조)을 말합니다.
- ② 「심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 「심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)」으로 진단 또는

치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

2. 부검감정서상 사인이 「심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)」으로
확정되거나 추정되는 경우

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)진단비 보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-35. 특정순환계질환진단비(1~5종)(당뇨병및이상지질혈증포함) 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「특정순환계질환(1~5종)(당뇨병및이상지질혈증포함)」으로 진단확정 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 가입금액을 특정순환계질환 진단비(1~5종)(당뇨병및이상지질혈증포함)로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 사망하고 그 후에 특정순환계질환(1~5종)(당뇨병및이상지질혈증포함)으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 특정순환계질환진단비(1~5종)(당뇨병및이상지질혈증포함)를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 특정순환계질환진단비(1~5종)(당뇨병및이상지질혈증포함)에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특정순환계질환(1~5종)(당뇨병및이상지질혈증포함)의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「특정순환계질환(1~5종)(당뇨병및이상지질혈증포함)」이라 함은 「특정순환계질환(1~5종) 분류표(【별표56】참조)에서 정한 질병 중 중구분이 1종에서 5종까지 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국질병·사인분류에 따릅니다.
- ② 「특정순환계질환(1~5종)(당뇨병및이상지질혈증포함)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 혈액검사(혈액 중 심장 효소검사 등), 뇌척수액검사, 신경학적검사, 심전도검사,

심도자검사, 핵의학검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 「특정순환계질환(1~5종)(당뇨병및이상지질혈증포함)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 「특정순환계질환(1~5종)(당뇨병및이상지질혈증포함)」으로 확정되거나 추정되는 경우
- ③ 제2항에도 불구하고 특정순환계질환(1~5종)(당뇨병및이상지질혈증포함) 중 당뇨병이라 함은 특정순환계질환(1~5종) 분류표(【별표56】 참조)에서 정한 당뇨병에 해당하는 질병으로 표준화된 방법으로 측정된 당화혈색소(Hemoglobin A1c, HbA1c)수치가 6.5%이상을 만족하여야 합니다. 표준화된 방법으로 측정된 당화혈색소(Hemoglobin A1c, HbA1c)란 국제당화혈색소 측정 표준화프로그램(National Glycohemoglobin Standard Program(NGSP))에 의해 인증되고 「당뇨병 조절과 합병증에 대한 연구(Diabetes Control and Complications Trial(DCCT))」에서 정한 표준화된 방법으로 측정한 것을 말합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 특정순환계질환(1~5종)(당뇨병및이상지질혈증포함)의 진단확정은 특정순환계질환(1~5종) 분류표에서 정한 질병에 따라 진단확정을 위한 기초검사가 다를 수 있습니다.
- ⑤ 제2항 제1호에도 불구하고 특정순환계질환(1~5종)(당뇨병및이상지질혈증포함)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 특정순환계질환(1~5종) 분류표에서 정한 질병과 연관이 없는 경우 회사는 진단확정에 필요한 증거자료를 요구할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정순환계질환진단비(1~5종)(당뇨병및이상지질혈증포함)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-36. 특정순환계질환진단비(2~5종)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「특정순환계질환(2~5종)」으로 진단확정 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 가입금액을 특정순환계질환(2~5종)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 사망하고 그 후에 특정순환계질환(2~5종)으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 특정순환계질환(2~5종)진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관

관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 특정순환계질환(2~5종)진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특정순환계질환(2~5종)의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「특정순환계질환(2~5종)」이라 함은 「특정순환계질환(1~5종) 분류표(【별표56】 참조)에서 정한 질병 중 중구분이 2종에서 5종까지 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국질병·사인분류에 따릅니다.
- ② 「특정순환계질환(2~5종)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 혈액검사(혈액 중 심장 효소검사 등), 뇌척수액검사, 신경학적검사, 심전도검사, 심도자검사, 핵의학검사, 혈관도플러검사, 경동맥초음파, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 보험기간 중 「특정순환계질환(2~5종)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 「특정순환계질환(2~5종)」으로 확정되거나 추정

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

되는 경우

- ③ 제2항에도 불구하고 특정순환계질환(2~5종)의 진단확정은 특정순환계질환(1~5종) 분류표에서 정한 질병에 따라 진단확정을 위한 기초검사가 다를 수 있습니다.
- ④ 제2항 제1호에도 불구하고 특정순환계질환(2~5종)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 특정순환계질환(1~5종) 분류표에서 정한 질병과 연관이 없는 경우 회사는 진단확정에 필요한 증거자료를 요구할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정순환계질환(2~5종)진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-37. 특정순환계질환진단비(3~5종) 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「특정순환계질환(3~5종)」으로 진단확정 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 가입금액을 특정순환계질환(3~5종)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 사망하고 그 후에 특정순환계질환(3~5종)으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 특정순환계질환(3~5종)진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 특정순환계질환(3~5종)진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특정순환계질환(3~5종)의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「특정순환계질환(3~5종)」이라 함은 「특정순환계질환(1~5종) 분류표(【별표56】 참조)에서 정한 질병 중 중구분이 3종에서 5종까지 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국질병·사인분류에 따릅니다.
- ② 「특정순환계질환(3~5종)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

단은 병력, 신경학적 검진과 함께 혈액검사(혈액 중 심장 효소검사 등), 뇌척수액검사, 신경학적검사, 심전도검사, 심도자검사, 핵의학검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌혈관 조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단 확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 「특정순환계질환(3~5종)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 「특정순환계질환(3~5종)」으로 확정되거나 추정되는 경우
- ③ 제2항에도 불구하고 특정순환계질환(3~5종)의 진단확정은 특정순환계질환(1~5종) 분류표에서 정한 질병에 따라 진단확정을 위한 기초검사가 다를 수 있습니다.
- ④ 제2항 제1호에도 불구하고 특정순환계질환(3~5종)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 특정순환계질환(1~5종) 분류표에서 정한 질병과 연관이 없는 경우 회사는 진단 확정에 필요한 증거자료를 요구할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정순환계질환(3~5종)진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적

립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-38. 특정순환계질환진단비(4~5종)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「특정순환계질환(4~5종)」으로 진단확정 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 가입금액을 특정순환계질환(4~5종)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 사망하고 그 후에 특정순환계질환(4~5종)으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 특정순환계질환(4~5종)진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 특정순환계질환(4~5종)진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의

의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특정순환계질환(4~5종)의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「특정순환계질환(4~5종)」이라 함은 「특정순환계질환(1~5종) 분류표(【별표56】 참조)에서 정한 질병 중 중구분이 4종에서 5종까지 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국질병·사인분류에 따릅니다.
- ② 「특정순환계질환(4~5종)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 혈액검사(혈액 중 심장 효소검사 등), 뇌척수액검사, 신경학적검사, 심전도검사, 심도자검사, 핵의학검사, 혈관도플러검사, 경동맥초음파, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 보험기간 중 「특정순환계질환(4~5종)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 「특정순환계질환(4~5종)」으로 확정되거나 추정되는 경우
- ③ 제2항에도 불구하고 특정순환계질환(4~5종)의 진단확정은 특정순환계질환(1~5종) 분류표에서 정한 질병에 따라 진단확정을 위한 기초검사가 다를 수 있습니다.
- ④ 제2항 제1호에도 불구하고 특정순환계질환(4~5종)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 특정순환계질환(1~5종) 분류표에서 정한 질병과 연관이 없는 경우 회사는 진단확정에 필요한 증거자료를 요구할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정순환계질환(4~5종)진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-39. 특정순환계질환진단비(5종) 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「특정순환계질환(5종)」으로 진단확정 되었을 경우에는 최초1회에 한하여 이 특별약관의 가입금액을 특정순환계질환(5종)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ② 피보험자가 보험기간 중에 사망하고 그 후에 특정순환계질환(5종)으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 특정순환계질환(5종)진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 특정순환계질환(5종) 진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특정순환계질환(5종)의 정의 및 진단확인)

- ① 이 특별약관에서 「특정순환계질환(5종)」이라 함은 특정순환계질환(1~5종) 분류표(【별표56】 참조)에서 정한 질병 중 중구분이 5종에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국질병·사인분류에 따릅니다.
- ② 「특정순환계질환(5종)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 혈액검사(혈액 중 심장 효소검사 등), 뇌척수액검사, 신경학적검사, 심전도검사, 심도자검사, 핵의학검사, 혈관도플러검사, 경동맥초음파, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 「특정순환계질환(5종)」으로 진단 또는 치료를 받고 있

있음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

2. 부검감정서상 사인이 「특정순환계질환(5종)」으로 확정되거나 추정되는 경우

- ③ 제2항에도 불구하고 특정순환계질환(5종)의 진단확정은 특정순환계질환(1~5종) 분류표에서 정한 질병에 따라 진단확정을 위한 기초검사가 다를 수 있습니다.
- ④ 제2항 제1호에도 불구하고 특정순환계질환(5종)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 특정순환계질환(1~5종) 분류표에서 정한 질병과 연관이 없는 경우 회사는 진단확정에 필요한 증거자료를 요구할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정순환계질환(5종)진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-40. 심근병증진단비보장 특별약관, 심근병증진단비(태아보장)보장 특별약관

※ 심근병증진단비(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「심근병증」으로 진단확정 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을심근병증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 사망하고 그 후에 심근병증으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 심근병증진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 심근병증진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(심근병증의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「심근병증」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「심근병증」으로 분류되는 질병(【별표54】『심근병증분류표』참조)을 말합니다.
- ② 「심근병증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과 의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 심도자검사, 심장 자기공명영상(MRI), 흉부 X-

선검사, 심근조직검사 또는 심장 전산화단층촬영(CT) 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 「심근병증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 「심근병증」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 심근병증진단비 보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-41. 주요심장염증질환진단비보장, 주요심장염증질환진단비(태아보장)보장 특별약관

※ 주요심장염증질환진단비(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「주요심장염증질환」으로 진단확정 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 주요심장염증질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 사망하고 그 후에 주요심장염증질환으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 주요심장염증질환증진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 주요심장염증질환진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(주요심장염증질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「주요심장염증질환」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「주요심장염증질환」으로 분류되는 질병(【별표55】『주요심장염증질환분류표』 참조)을 말합니다.
- ② 「주요심장염증질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은

병력·이학적검사(진찰)과 함께 심전도, 심장초음파, 심도자검사, 흉부 X선검사, 흉부전산화단층촬영(CT), 흉부자기공명영상(MRI), 핵의학검사, 심근조직검사, 양전자방출단층촬영(PET), 관상동맥조영술, 혈액배양검사, 조직배양검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 「주요심장염증질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 「주요심장염증질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 주요심장염증질환진단비 보험금을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-42. 중대한 재생불량성빈혈진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「중대한 재생불량성빈혈」로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중대한 재생불량성빈혈진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.
- ③ 피보험자가 보험기간 중에 사망하고 그 후에 중대한 재생불량성빈혈으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 중대한 재생불량성빈혈진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 중대한 재생불량성빈혈진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(중대한 재생불량성빈혈의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「중대한 재생불량성빈혈(Severe Aplastic Anemia)」이

라 함은 「영구적인 재생불량성빈혈」로서 피보험자가 근본적인 치료를 목적으로 수혈, 면역억제제, 골수촉진제와 같은 표준적 치료를 3개월 이상 지속적으로 치료받고 있고 현재 골수이식이 필요하다고 인정된 질병상태를 말합니다.

- ② 제1항에서 「영구적인 재생불량성빈혈」이라 함은 만성 골수부전상태로서 호중구 수가 $200/\text{mm}^3$ 미만이거나, 또는 골수세포충실성(bone marrow cellularity)이 25% 이하이고 동시에 다음 중 두 가지 이상에 해당되는 것을 말합니다.

1. 호중구 수가 $500/\text{mm}^3$ 미만
2. 혈소판 수가 $20,000/\text{mm}^3$ 미만
3. 망상적혈구 수가 $20,000/\text{mm}^3$ 미만

- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 일시적이거나 회복이 가능한 「재생불량성빈혈」은 보장에서 제외됩니다.

- ④ 「중대한 재생불량성빈혈」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 혈액학 전문의가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

또한, 회사가 「중대한 재생불량성빈혈」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 중대한 재생불량성빈혈진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종]2-43. 만성당뇨합병증진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「만성당뇨합병증」으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 가입금액을 만성당뇨합병증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 피보험자가 사망하고 그 후에 만성당뇨합병증으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 만성당뇨합병증진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 만성당뇨합병증진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
- ③ 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(만성당뇨합병증의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「만성당뇨합병증」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인 분류에 있어서 「만성당뇨합병증」으로 분류되는 질병으로 **【별표129】 『만성당뇨합병증 분류표』**에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 「만성당뇨합병증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 당뇨병병력과 함께 다음 기준에 의하여 합병증 진단을 받아야 합니다.
 1. 당뇨병성 망막증 : 내과와 안과에서 시행한 안저검사 및 형광 안저혈관 조영술을 시행하여 망막 출혈반, 미세동맥류, 면화반, 부종 등의 소견이 보이는 경우
 2. 당뇨병성 신증 : 소변검사상 단백뇨가 생길 수 있는 다른 질환이 없는 상태에서 24시간 소변에서 단백질이 500mg 이상 검출된 경우(단백뇨군으로 분류), 혈청 크레아티닌치가 1.5mg/dl 이상인 경우(당뇨로 인한 신부전증으로 분류)
 3. 당뇨병성 신경병증 : 말초신경병증과 자율신경병증으로 구분하여 신경전도검사상 당뇨병성 신경병증의 이상소견을 보이거나 Ewing 방법에 의한 심혈관계 자율신경 기능검사상 이상이 있는 경우
 4. 당뇨병성 말초순환장애 : 이학적검사상 피부궤양(Ulcer), 괴저(Gangrene) 및 말초혈관병증(Peripheral Angiopathy)이 있는 경우

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 만성당뇨합병증진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-44. 말기신부전증진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「말기신부전증」으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 말기신부전증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.
- ③ 피보험자가 보험기간 중에 사망하고 그 후에 말기신부전증으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 말기신부전증진단비를 지급합니다. 다

만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 말기신부전증진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(말기신부전증의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「말기신부전증」이라 함은 양쪽 신장 모두가 비가역적 기능부전을 보이는 말기 신질환(End Stage Renal Disease)으로서 만성 신장질환(제8차 개정 한국표준질병사인분류 N18)에 해당하는 질병 중에서 보존요법으로는 치료가 불가능하여 정기적인 신장투석요법(혈액투석이나 복막투석)을 받고 있거나 받은 경우를 말하며, 일시적으로 투석치료를 필요로 하는 신부전증은 말기신부전증으로 보지 않습니다.
- ② 「말기신부전증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한의사, 치과의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「말기신부전증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 말기신부전증진단비를 지급한

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 2-45. 특정갑상선기능저하증진단비(최초1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「특정갑상선기능저하증」으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 이 특별약관의 보험가입금액을 특정갑상선기능저하증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특정갑상선기능저하증의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「특정갑상선기능저하증」이라 함은 제8차 한국표준질병 사인분류에 있어서 「특정갑상선기능저하증」으로 분류되는 질병(【별표 97】『특정갑상선기능저하증 분류표』참조)을 말합니다.
- ② 제1항의 「특정갑상선기능저하증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사결과를 기초로 하여 내려져야 합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 특정갑상선기능저하증진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 2-46. 결핵진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「결핵」 또는 「약제내성결핵(슈퍼결핵포함)」으로 진단 확정된 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지급금액
1. 결핵진단비	「결핵」으로 진단 확정시	결핵진단비 보장 보험가입금액
2. 약제내성결핵(슈퍼결핵포함) 진단비	「약제내성결핵(슈퍼결핵포함)」으로 진단 확정시	약제내성결핵(슈퍼결핵포함) 진단비 보장 보험가입금액

다만, 하나의 질병으로 「결핵」 및 「약제내성결핵(슈퍼결핵포함)」 모두에 해당되는 경우에는 각각의 보험금을 지급합니다.

- ② 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.
- ③ 피보험자가 보험기간 중에 사망하고 그 후에 결핵 또는 약제내성결핵(슈퍼결핵포함)으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 결핵진단비 또는 약제내성결핵(슈퍼결핵포함)진단비를 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제5항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료

를 지급한 경우에는 결핵진단비 또는 약제내성결핵(슈퍼결핵포함)진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(결핵의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「결핵」이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 결핵으로 분류되는 질병(【별표31-1】『결핵 분류표』참조)을 말합니다. 약제감수성검사(신속 내성 검사를 포함합니다)에 의하여 이소니아지드(Isoniazid) 및 리팜피신(Rifampicin)에 내성이 있는 결핵균이 발견된 경우도 「결핵」으로 인정합니다.
- ② 「결핵」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 다만, 회사가 약제감수성검사의 확인이 필요한 경우 결핵균 검사 결과지의 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(약제내성결핵(슈퍼결핵포함)의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「약제내성결핵(슈퍼결핵포함)」이라 함은 제8차 개정 한국표준질병사인분류에 있어서 약제내성결핵(슈퍼결핵포함)으로 분류되는 질병(【별표31-2】『약제내성결핵(슈퍼결핵포함) 분류표』참조)을 말합니다. 약제감수성검사(신속 내성 검사를 포함합니다)에 의하여 이소니아지드(Isoniazid) 및 리팜피신(Rifampicin)에 내성이 있는 약제내성결핵(슈퍼결핵 포함)균이 발견된 경우도 「약제내성결핵(슈퍼결핵 포함)」으로 인정합니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ② 「약제내성결핵(슈퍼결핵 포함)」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 다만, 회사가 약제감수성검사의 확인이 필요한 경우 약제내성결핵(슈퍼결핵 포함)균 검사 결과지의 제출을 요청할 수 있습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호에서 정한 결핵진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 결핵진단비 보장은 소멸됩니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호에서 정한 약제내성결핵(슈퍼결핵 포함)진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 약제내성결핵(슈퍼결핵포함)진단비 보장은 소멸됩니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 보장이 소멸된 경우에는 소멸된 보장에 해당하는 해약환급금은 지급하지 않으며, 소멸된 보장에 해당하는 보험료도 납입하지 않습니다.
- ④ 제1항 및 제2항에 따라 보장이 모두 소멸된 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ⑤ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ⑥ 제5항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차

는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 2-47. 특정폐혈증진단비

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「특정폐혈증」로 진단 확정된 경우에는 최초1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정폐혈증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 피보험자가 사망하고 그 후에 특정폐혈증으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 특정폐혈증진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 특정폐혈증진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특정폐혈증의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「특정폐혈증」라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

있어서 특정패혈증으로 분류되는 질병(【별표116】『특정패혈증 분류표』참조)을 말합니다.

- ② 「특정패혈증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 특정패혈증진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[2종] 2-48. 다발성소아암진단비보장 특별약관, 다발성소아암진단비(태아보장)보장 특별약관

※ 다발성소아암진단비(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「다발성소아암」으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 다발성소아암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 사망하고 그 후에 다발성소아암으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 다발성소아암진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 다발성소아암진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(다발성소아암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「다발성소아암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「다발성소아암」으로 분류되는 질병(【별표19】『다발성소아암 분류표』 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.
- ② 「다발성소아암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「다발성소아암」

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「다발성소아암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 다발성소아암진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[2종] 2-49. 소아백혈병진단비보장 특별약관, 소아백혈병진단비(태아보장)보장 특별약관

※ 소아백혈병진단비(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후 「소아백혈병」으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 소아백혈병진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 「보장개시일」은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 보장개시일은 보험계약일로 합니다

【「소아백혈병」에 대한 보장개시일 [예시]】	
90일 보장 제외	보험가입금액의 100%
↑ 최초계약일 (2030년 4월 10일)	↑ 보장 개시일 (2030년 7월 9일)
※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.	

- ③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 소아백혈병으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 소아백혈병진단비를 지급합니다. 다만, 제6조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 소아백혈병진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(소아백혈병의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「소아백혈병」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「소아백혈병」으로 분류되는 질병(【별표20】『소아백혈병 분류표』참조)으로 악성으로 변형된 조혈세포가 골수 및 림프조직에서 악성 변형이 초래된 후 말초혈액으로 출현하고 다른 조직으로 침윤하는 것을 특징으로 하는 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.
- ② 「소아백혈병」의 진단확정은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 임상학적으로 진단되고 병리전문의에 의해 골수조직검사 및 혈액검사로 진단되어야 합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「소아백혈병」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 소아백혈병진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종] 2-50. 대상포진진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「대상포진」으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관 보험가입금액을 대상포진진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 사망하고 그 후에 대상포진으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 대상포진진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 대상포진진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(대상포진의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「대상포진」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「대상포진」으로 분류되는 질병(【별표33】『대상포진분류표』참조)을 말합니다.
- ② 「대상포진」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 대상포진진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[2종] 2-51. 대상포진진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「대상포진」으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관 보험가입금액을 대상포진진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보험계약일은 피보험자의 보험나이 2세 계약해당일로 합니다.
- ③ 피보험자가 보험기간 중에 사망하고 그 후에 대상포진으로 사망한 사실

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험²⁵⁰⁴ 약관

이 확인된 경우에는 제1항의 대상포진진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 대상포진진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특별약관의 보험계약일은 피보험자의 보험나이 2세 계약해당일로 합니다. 단, 2세 이후의 피보험자가 이 특별약관을 가입하는 경우 최초 계약체결일을 보험계약일로 합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(대상포진의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「대상포진」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「대상포진」으로 분류되는 질병(【별표33】『대상포진분류표』참조)을 말합니다.
- ② 「대상포진」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 대상포진진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약

관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

- ② 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종] 2-52. 대상포진농병진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「대상포진농병」으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관 보험가입금액을 대상포진농병진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 사망하고 그 후에 대상포진농병으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 대상포진농병진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 대상포진농병진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(대상포진병의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「대상포진병」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「대상포진병」으로 분류되는 질병(【별표34】『대상포진병분류표』참조)을 말합니다.
- ② 「대상포진병」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 대상포진병진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[2종] 2-53. 대상포진뇌병진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「대상포진병」으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관 보험가입금액을 대상포진뇌병진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보험계약일은 피보험자의 보험나이 2세 계약해당일로 합니다.
- ③ 피보험자가 보험기간 중에 사망하고 그 후에 대상포진병으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 대상포진뇌병진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 대상포진뇌병진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특별약관의 보험계약일은 피보험자의 보험나이 2세 계약해당일로 합니다. 단, 2세 이후의 피보험자가 이 특별약관을 가입하는 경우 최초 계약체결일을 보험계약일로 합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(대상포진논병의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「대상포진논병」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「대상포진논병」으로 분류되는 질병(【별표34】『대상포진논병분류표』 참조)을 말합니다.
- ② 「대상포진논병」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 대상포진논병진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

**[2종] 2-54. 특정9대감염병진단비(연간1회한)보장 특별약관,
특정9대감염병치료비(연간1회한)(태아보장)보장 특별약관**

※ 특정9대감염병치료비(연간1회한)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 특별약관의 보험기간 중 「특정9대감염병」로 진단이 확정된 경우에 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정9대감염병진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항에서 「연간」이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 연간1년 이내에 각각 다른 질병에 의해 「특정9대감염병」으로 진단확정된 경우에도 1회의 특정9대감염병진단비만 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특정9대감염병의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「특정9대감염병」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「특정9대감염병」으로 분류되는 질병 (【별표61】『특정9대감염병분류표』참조)으로 「장출혈성대장균 감염증」, 「백일해」, 「유행성아하선염」, 「수두」, 「성홍열」, 「로타바이러스 감염증」, 「노로바이러스 감염증」, 「호흡기세포융합바이러스 감염증」, 「수족구병」을 말합니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ② 이 특약에서 「특정9대감염병」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야하며, 이 진단 임상학적 특징 또는 혈액, 대소변, 뇌척수액, 타액, 비인두 흡인액 및 도찰물, 직장 도말물 등 검체에서 배양검사, 항원 및 항체 검출검사, 유전자 검출검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 「특정9대감염병」의 조사나 확인이 필요한 경우 검사결과지, 진료기록부 사본 제출을 요청할 수 있습니다

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[2종] 2-55. 중증세균성수막염진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「중증세균성수막염」으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중증세균성수막염진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.
- ③ 피보험자가 보험기간 중에 사망하고 그 후에 중증세균성수막염으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 중증세균성수막염진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 중증세균성수막염진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(중증세균성수막염의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「중증세균성수막염」이라 함은 세균성 감염(HIV 감염인 경우의 세균성 수막염은 제외)으로 인한 뇌수막 또는 척수막에 중대한 염증을 일으키는 질환으로서 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 G00(달리 분류되지 않은 세균수막염), G01(달리 분류된 세균성 질환에서의 수막염)에 해당되는 질환으로 다음을 동시에 만족하는 경우를 말합니다.
 1. 척수액에서 세균의 분리배양 되었거나, 척수액에서 세균은 배양되지 않았지만 임상적으로 환자가 명확한 수막 자극 증상이 있으면서 척수액

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

소견에 백혈구수 증가와 당 감소, 단백 증가가 나타남

2. 뇌영상 검사상의 이상 소견과 함께 그 결과로 ‘중대하고 불가역적이면서 영구적인 신경학적 결핍’을 보임

이때 진단확정은 해당분야의 전문의가 작성한 문서화된 진료기록을 기초로 내려져야 합니다.

- ② 제1항의 ‘뇌영상 검사상의 이상 소견’이라 함은 자기공명영상(MRI), 전산화단층촬영(CT) 등에서 경막하삼출(subdural effusion), 수두증(Hydrocephalus), 뇌종양(Brain abscess), 뇌경색(Cerebral infarction), 뇌위축(Brain atrophy), 경막하혈종(Subdural hematoma), 뇌기형(Megacisterna magna), 국소적허혈(Focal infarction), 작은종괴(Mass), 뇌수막의 조영증강(Meningeal enhancement)의 이상소견이 나타나는 것을 말합니다. 이때 이 소견들은 「중증세균성수막염」의 특징적 소견이 발병한 당시 새롭게 출현함을 근거로 하여야 합니다.
- ③ 제1항에서 ‘중대하고 불가역적이면서 영구적인 신경학적 결핍’이란 주관적인 자각증상(Symptom)이 아니라 신경학적인 검사를 기초로 한 객관적인 신경학적 증후(sign)로 나타난 장애로서 장애분류표상 신경계, 정신행동장애의 해당지급률 25% 이상인 장애상태를 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 중증세균성수막염진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보

보험료를 지급합니다.

- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[2종] 2-56. 심장관련소아특정질병진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「심장관련소아특정질병」으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 심장관련소아특정질병진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.
- ③ 피보험자가 보험기간 중에 사망하고 그 후에 심장관련소아특정질병으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 심장관련소아특정질병진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 심장관련소아특정질병진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(심장관련소아특정질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「심장관련소아특정질환」이라 함은 「심장합병증을 동반한 가와사키병(Kawasaki disease with heart complication)」 및 「판막손상을 동반한 류마티스열(Rheumatic fever with valvular impairment)」을 말합니다.
- ② 제1항에서 「심장합병증을 동반한 가와사키병(Kawasaki disease with heart complication)」이라 함은 해당 전문의에 의하여 가와사키병으로 진단되고 심초음파상 반드시 가와사키병으로 인한 심장관상동맥(심장동맥)의 확장이나 심장동맥류의 형성이 있어야 합니다.
- ③ 제1항에서 「판막손상을 동반한 류마티스열(Rheumatic fever with valvular impairment)」이라 함은 해당 전문의에 의해 류마티스열로 진단되고 심초음파상 반드시 류마티스열에 의한 한 개 이상의 심장판막 손상이 있어야 합니다.
- ④ 「심장관련소아특정질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(한의사, 치과 의사 제외) 면허를 가진 자가 작성한 문서화된 기록 또는 검사 결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「심장관련 소아특정질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 심장관련소아특정질병진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[2종] 2-57. ADHD진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「ADHD(활동성 및 주의력 장애)」로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 ADHD진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보험계약일은 피보험자의 보험나이 6세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특별약관의 보험계약일은 피보험자의 보험나이 6세 계약해당일로 합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(ADHD(활동성 및 주의력 장애)의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「ADHD(활동성 및 주의력 장애)」라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 ADHD(활동성 및 주의력 장애)로 분류되는 질병 (【별표29】『활동성 및 주의력 장애 분류표』 참조)을 말합니다.
- ② 제1항의 「ADHD(활동성 및 주의력 장애)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과와 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 DSM-5(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-5)를 기초로 하여야 합니다.
또한, 회사가 ‘ADHD(활동성 및 주의력 장애)’의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알

수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 계약을 체결할 때 피보험자 나이가 이미 2세를 초과한 경우
2. 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보험계약일 이전에 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「ADHD(활동성 및 주의력 장애)」로 진단 확정받은 경우

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 ADHD진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[2종] 2-58. 성조숙증진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「성

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

조숙증」으로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 성조숙증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

- ② 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보험계약일은 피보험자의 보험나이 5세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특별약관의 보험계약일은 피보험자의 보험나이 5세 계약해당일로 합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(성조숙증의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「성조숙증」라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 성조숙증으로 분류되는 질병 (【별표88】『성조숙증 분류표』참조)을 말합니다.
- ② 제1항의 「성조숙증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 임상적 증상과 함께 관련검사(호르몬검사, 영상검사 등)에서 기질적 이상이 확인된 때를 말합니다.
또한, 회사가 「성조숙증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

- ② 제1항 이외에도 회사는 아래의 사유로 발생한 손해에 대하여는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 악물복용

제5조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 계약을 체결할 때 피보험자 나이가 이미 4세를 초과한 경우
2. 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보험계약일 이전에 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「성조숙증」으로 진단 확정받은 경우

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 성조숙증진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[2종] 2-59. 중증아토피진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「중증아토피」로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중증아토피진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(중증아토피의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「중증아토피」라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 중증아토피로 분류되는 질병 (【별표30】 『아토피성 피부염 분류표』 참조)으로 진단확정 받고, OSI(Object SCORAD Index) 점수 40점 이상인 경우를 말합니다.

【OSI(Objective SCORAD Index, 객관적 아토피증상 지수)】

아토피의 대표적인 평가기준인 SCORAD Index중 주관적 증상(가려움과 수면 장애 평가)을 제외한 객관적 지표인 병변의 범위(Extent), 병변의 정도(Intensity)만을 이용한 평가방법입니다.

- ② 제1항의 「아토피성 피부염」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 SCORAD Index 진단을 기초로 하여야 합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(아토피(중증)진단서(회사양식의 사고증명서 포함) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 중증아토피진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[2종] 2-60. 중증틱장애진단비 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「중증틱장애」로 진단 확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관 보험가입금액을 중증틱장애진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 사망하고 그 후에 중증틱장애로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 중증틱장애진단비를 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 중증틱장애진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
- ③ 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보험계약일은 피보험자의 보험나이 3세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합

병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(중증틱장애의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「중증틱장애」라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「중증틱장애」으로 분류되는 질병(【별표62】『중증틱장애분류표』참조)을 말하며, 「운동틱장애」 및 「음성틱장애」를 모두 나타내며(단, 반드시 동시에 나타나는 것은 아님) 1년 이상 지속되는 경우를 말합니다.
- ② 제1항에서 정한 「운동틱장애」라 함은 얼굴 찡그리기, 눈 깜박임, 어깨 으쓱댐, 코 킁킁거림, 기침하기 등 행동의 반복을 보이거나, 몸냄새 맡기, 손을 흔들거나 발로 차는 동작 등 통합적이며 목적을 가진 행동과 같은 증상을 말합니다.
- ③ 제1항에서 정한 「음성틱장애」라 함은 저속한 언어를 말하는 외설증, 말을 따라하는 방황 언어 등의 증상을 보이는 경우를 말합니다.
- ④ 「중증틱장애」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증틱장애진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[2종] 2-61. 특정언어장애및말더듬증진단비(연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「특정언어장애 및 말더듬증」으로 진단 확정된 경우 또는 「특정언어장애 및 말더듬증에 해당하는 상태가 진단 확정일부터 계속하여 지속되었음」이 진단확정된 경우(이하 「계속진단」이라 합니다) 에는 연간1회에 한하여 이 특별약관 보험가입금액을 특정언어장애 및 말더듬증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항에서 「연간」이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.
- ③ 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보험계약일은 피보험자의 보험나이 3세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의

의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특정언어장애 및 말더듬증의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「특정언어장애 및 말더듬증」라 함은 제8차 한국표준질 병사인분류에 있어서 「특정언어장애및말더듬증」으로 분류되는 질병 (【별표63】『특정언어장애 및 말더듬증분류표』참조)을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「특정언어장애 및 말더듬증」의 진단확정 또는 계속진 단은 의료법 제3조(의료기관)제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 이 와 동등하다고 인정되는 의료기관의 정신건강의학과 또는 재활의학과 의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 병력·신경학적 검진 및 공인된 언어 평가검사를 시행하고 그 결과를 기초로 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「특정언어장애 및 말더듬증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정 하는 경우에는 계약자나 피보험자에게 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유 가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보 험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조 (보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험²⁵⁰⁴ 약관

는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[2종] 2-62. 특정정신장애진단비(연간1회한) 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「특정정신장애」로 진단 확정된 경우 연간1회에 한하여 이 특약의 보험가입금액을 특정정신장애진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항에서 「연간」이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.
- ③ 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보험계약일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특정정신장애의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「특정정신장애」라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에

있어서 「특정정신장애」로 분류되는 우울에피소드, 재발성 우울장애, 공황장애, 외상후 스트레스장애 (【별표64】『특정정신장애분류표』참조)를 말합니다.

- ② 이 특별약관에서 「특정정신장애」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 정신건강의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이에 의해 작성한 문서화된 진료기록 또는 검사결과를 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 확인이 필요한 경우 검사결과지, 진료기록부 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[2종] 2-63. 뇌하수체기능저하진단비 특별약관, 뇌하수체기능저하진단비(태아보장) 특별약관

※ 뇌하수체기능저하진단비(태아보장) 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「뇌하수체기능저하」로 진단 확정된 경우에는 최초1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌하수체기능저하진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(뇌하수체기능저하의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 특별약관에서 「뇌하수체기능저하」라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 뇌하수체기능저하로 분류되는 질병(【별표117】『뇌하수체기능저하 분류표』참조)을 말합니다.
- ② 「뇌하수체기능저하」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌하수체기능저하진단비를 지급한

때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 2-64. 질병수술비보장 특별약관, 질병수술비(태아보장)보장 특별약관

※ 질병수술비(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 진단확정되고, 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 「눈 관련 질환」으로 인한 레이저수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하며, 이후 동일한 기준을 적용합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 질병으로 두 종류 이상의 질병수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급합니다. 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 눈 관련 질환의 경우 레이저(Laser)에 의한 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술 및 선천성질환으로

인한 수술의 경우는 제외합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
 - 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
 - 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
 - 기타 이와 유사한 시술
- ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

② 제1항 이외에도 회사는 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 다음 중 어느 한 가지 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96 ~ N98). 그러나, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경

우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00 ~ O99)
 4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)
 5. 비만(E66)
 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
 7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(K60~K62, K64)
 8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00 ~ K08)
- ③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 영양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 3. 단순한 피로 또는 권태
 4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 영양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
 6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

- 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술, 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)
 - 축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
- 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
- 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
- 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 와 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-65. 질병수술비(경증질환제외)보장 특별약관, 질병수술비(경증질환제외)보장(태아보장) 특별약관

※ 질병수술비(경증질환제외)보장(태아보장) 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병(경증질환제외)으로 진단확정되고, 그 질병(경증질환제외)의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병수술비(경증질환제외)로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 위1항의 「경증질환」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 경증질환으로 분류되는 질병(【별표134】『경증질환 분류표』참조)을 말합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 「눈 관련 질환」으로 인한 레이저수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하며, 이후 동일한 기준을 적용합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 질병으로 두 종류 이상의 질병수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급합니다. 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진

자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 눈 관련 질환의 경우 레이저(Laser)에 의한 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술 및 선천성질환으로 인한 수술의 경우는 제외합니다.
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
 - 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
 - 기타 이와 유사한 시술
- ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 다음 중 어느 한 가지 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)
 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96 ~ N98). 그러나, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00 ~ O99)
 4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)
 5. 비만(E66)
 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
 7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(K60~K62, K64)
 8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00 ~ K08)
 9. 경증질환 분류표(【별표134】『경증질환 분류표』참조)에서 정한 결막염, 다래끼, 외이의 질환, 티눈
- ③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여

보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence) · 불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(윤비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다) · 축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
 - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

**[1종, 2종] 2-66. 질병수술비(4대특정질병제외)보장 특별약관,
질병수술비(4대특정질병제외)(태아보장)보장 특별약관**

※ 질병수술비(4대특정질병제외)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병(특정4대질병제외)으로 진단확정되고, 그 질병(특정4대질병제외)의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병수술비(특정4대질병제외)로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 위1항의 「특정4대질병」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 특정4대질병으로 분류되는 질병(【별표113】『특정4대질병 분류표』참조)을 말합니다.

- ③ 제1항에도 불구하고 「눈 관련 질환」으로 인한 레이저수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하며, 이후 동일한 기준을 적용합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 질병으로 두 종류 이상의 질병수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급합니다. 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료 기관에서 행한 것에 한합니다.

- ④ 제1항에도 불구하고 눈 관련 질환의 경우 레이저(Laser)에 의한 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술 및 선천성질환으로 인한 수술의 경우는 제외합니다.
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 다음 중 어느 한 가지 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96 ~ N98). 그러나, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00 ~ O99)
 4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)
 5. 비만(E66)
 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
 7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(K60~K62, K64)
 8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00 ~ K08)
 9. 특정4대질병 분류표(【별표113】『특정4대질병 분류표』참조)에서 정한 백내장, 대장용종, 후각특정질환 및 특정피부질환
- ③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 영양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 3. 단순한 피로 또는 권태
 4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

5. 발기부전(impotence) · 불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다) · 축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
 - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-67. 질병수술비(상급종합병원)보장 특별약관,
질병수술비(상급종합병원)(태아보장)보장 특별약관

※ 질병수술비(상급종합병원)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 진단확정되고, 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에서 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병수술비(상급종합병원)로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 「눈 관련 질환」으로 인한 레이저수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하며, 이후 동일한 기준을 적용합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 질병으로 두 종류 이상의 질병수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급합니다. 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除,

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 눈 관련 질환의 경우 레이저(Laser)에 의한 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술 및 선천성질환으로 인한 수술의 경우는 제외합니다.
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제4조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법령이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

【 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정) 】

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
 1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖춘 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 다음 중 어느 한 가지 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험²⁵⁰⁴ 약관

2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96 ~ N98). 그러나, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00 ~ O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00 ~ K08)
- ③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 영양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 3. 단순한 피로 또는 권태
 4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 고골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 영양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에

의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환

6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술

가. 쌍꺼풀수술(이중검수술, 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)
· 축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등

나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)

라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-68. 질병통원수술비(당일입원포함) 특별약관,
질병통원수술비(당일입원포함)(태아보장) 특별약관

※ 질병통원수술비(당일입원포함)(태아보장) 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단 확정된 질병의 치료를 목적으로 통원(당일입원포함)하여 수술을 받은 경우에는 수술1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병통원수술비(당일입원포함)로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 질병으로 두 종류 이상의 질병수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병통원수술비(당일입원포함)만 지급합니다. 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변

경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료 기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 눈 관련 질환의 경우 레이저(Laser)에 의한 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술 및 선천성질환으로 인한 수술의 경우는 제외합니다.
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
 - 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
 - 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
 - 기타 이와 유사한 시술
- ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제4조(입원 및 통원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 의료기관에 입실하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 「의료기관」이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.
- ④ 이 특별약관에서 「당일입원」이라 함은 입원일자와 퇴원일자가 동일한 입원을 말합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 다음 중 어느 한 가지 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)
 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96 ~ N98). 그러나, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00 ~ O99)

4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)
 5. 비만(E66)
 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
 7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(K60~K62, K64)
 8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00 ~ K08)
- ③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 3. 단순한 피로 또는 권태
 4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 5. 발기부전(impotence) · 불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
 6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다) · 축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

년 외모개선 목적의 수술

다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험
요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은
시력교정술로 봅니다)

라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며,
「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적
립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조
(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를
제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차
는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다
음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을
연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관
제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-69, 질병입원수술비(당일입원제외) 특별약관,
질병입원수술비(당일입원제외)(태아보장) 특별약관

※ 질병입원수술비(당일입원제외)(태아보장) 특별약관은 계약을 체결할 때에
피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단 확정된 질병의 치료
를 목적으로 퇴원없이 계속 2일 이상 입원하여 수술을 받은 경우에는 수술1

회당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원수술비(당일입원제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 질병으로 두 종류 이상의 질병수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 질병통원수술비(당일입원제외)만 지급합니다. 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

기관에서 행한 것에 한합니다.

- ④ 제1항에도 불구하고 눈 관련 질환의 경우 레이저(Laser)에 의한 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술 및 선천성질환으로 인한 수술의 경우는 제외합니다.
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 전자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「의료기관」이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

- ③ 이 특별약관에서 「당일입원」이라 함은 입원일자와 퇴원일자가 동일한 입원을 말합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 다음 중 어느 한 가지 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)
 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96 ~ N98). 그러나, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00 ~ O99)
4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00 ~ Q99)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(K60~K62, K64)
8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00 ~ K08)
- ③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 영양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다),

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험²⁵⁰⁴ 약관

보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술

3. 단순한 피로 또는 권태
4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
5. 발기부전(impotence) · 불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술, 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다) · 축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
 - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조

(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-70. 질병수술비(1-5종)Ⅱ보장 특별약관, 질병수술비(1-5종)Ⅱ(태아보장)보장 특별약관

- ※ 질병수술비(1-5종)Ⅱ(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.
- ※ 질병수술비(1-5종)Ⅱ보장 특별약관은 5개의 세부보장[질병수술비(1종)Ⅱ, 질병수술비(2종)Ⅱ, 질병수술비(3종)Ⅱ, 질병수술비(4종)Ⅱ, 질병수술비(5종)Ⅱ]으로 구성되어 있습니다.
- ※ 질병수술비(1-5종)Ⅱ(태아보장)보장 특별약관은 5개의 세부보장[질병수술비(1종)Ⅱ(태아보장), 질병수술비(2종)Ⅱ(태아보장), 질병수술비(3종)Ⅱ(태아보장), 질병수술비(4종)Ⅱ(태아보장), 질병수술비(5종)Ⅱ(태아보장)]으로 구성되어 있습니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 진단확정되고, 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 **【별표10】『1~5종 수술분류표』**에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술 종류에 따라 수술 1회당 수술 종류에 따라 아래의 금액을 질병수술비(1~5종)Ⅱ로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액
질병수술비(1종) II	질병수술비(1종) II 보장 보험가입금액의 100%
질병수술비(2종) II	질병수술비(2종) II 보장 보험가입금액의 100%
질병수술비(3종) II	질병수술비(3종) II 보장 보험가입금액의 100%
질병수술비(4종) II	질병수술비(4종) II 보장 보험가입금액의 100%
질병수술비(5종) II	질병수술비(5종) II 보장 보험가입금액의 100%

- ② 제1항에도 불구하고 「눈 관련 질환」으로 인한 레이저수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하며, 이후 동일한 기준을 적용합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 회사는 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 질병수술비(1~5종) II를 지급합니다. 단, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 질병수술비(1~5종) II를 지급합니다.
- ② 제1항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌우 각각 다른 신체부위로 봅니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진

자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 눈 관련 질환의 경우 레이저(Laser)에 의한 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술 및 선천성질환으로 인한 수술의 경우는 제외합니다.
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
 - 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
 - 기타 이와 유사한 시술
- ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 다음 각 호에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96~N98). 그러나, 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 수술한 경우(O00~O99)
 4. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
 5. 비만(E66)
 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
 7. 치핵 및 직장 또는 항문관련질환(K60~K62, K64)
 8. 치아우식증, 치아 및 치주질환 등의 치과질환(K00~K08)
- ③ 제1항 및 제2항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한

- 수술은 보상합니다), 예방접종, 인공유산
2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 천자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 수술
 3. 단순한 피로 또는 권태
 4. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 5. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 고골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
 6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료를 위한 수술
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
 - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 2~71. 질병수술비(1~8종)(시술포함)(급여)보장 특별약관, 질병수술비(1~8종)(시술포함)(급여)(태아보장)보장 특별약관

※ 질병수술비(1~8종)(시술포함)(급여)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 직접결과로써 1~8종 수술 및 시술 분류표(【별표93】 『1~8종 수술 및 시술 분류표』 참조)에서 정한 「수술 및 시술」을 받은 경우에는 수술 및 시술의 종류에 따라 아래 금액을 질병수술비(1~8종)(시술포함)(급여)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 1회의 입원당 1회의 「수술 및 시술」 또는 1회의 통원당 1회의 「수술 및 시술」에 한하여 보장하며, 하나의 「수술시술코드」당 연간 1회에 한하여 보장합니다.

수술 종류	지급금액	예시 (보험가입금액 300만원 기준)
1종	보험가입금액의 1/100 지급	3만원
2종	보험가입금액의 1/100 지급	3만원
3종	보험가입금액의 1/50 지급	6만원
4종	보험가입금액의 1/20 지급	15만원
5종	보험가입금액의 1/6 지급	50만원
6종	보험가입금액의 1/3 지급	100만원
7종	보험가입금액의 2/3 지급	200만원
8종	보험가입금액 지급	300만원

- ② 제1항에서 연간이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(수술 및 시술의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「수술 및 시술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 하며, 한의사는 제외합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 **【별표93】『1~8종 수술 및 시술 분류표』**에서 정한 수술시술코드(이하 「수술시술코드」라 합니다)에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술시술코드」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 합니다) 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 합니다)의 절차를 거쳐 처치 및 수술료 항목에서 급여항목이 발생하고, 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」분류체계에 따라 부여된 「ADRG(Adjacent DRG)」중 회사가 정한 코드를 말합니다.

【용어 해설】

【 KDRG(Korean Diagnosis Related Group) 】

건강보험심사평가원에서 개발·관리하는 한국형 입원환자분류체계로서, 진단과 시술명, 연령 등에 따라 입원환자를 유사한 그룹으로 분류한 것을 말합니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

이 특별약관은 KDRG 버전 4.4(2021.1.1 시행)의 ADRG 분류체계를 입원 여부와 관계없이 적용합니다.

【 ADRG(Adjacent DRG) 】

환자의 주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC)와 수술을 받았는지에 따라 “외과계 그룹”과 “내과계 그룹”으로 분류한 후 의료행위^{주1)}와 진단명^{주2)}에 따라 세부적으로 분류한 것을 말합니다.

주1) 의료행위란 보건복지부에서 고시하는 “건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수”에서 정한 수가코드를 말합니다.

주2) 진단명이란 통계청에서 고시하는 “한국표준질병·사인분류”상의 분류번호를 말합니다.

【 주진단 범주(Major Diagnostic Category, MDC) 】

신체부위나 질병특성에 따라 구분되는 질병군의 대분류를 말합니다.

- ③ 제2항의 「수술시술코드」에서 향후 「KDRG(Korean Diagnosis Related Group)」 개정으로 동일한 수술 및 시술에 대해 「수술시술코드」가 변경되는 경우 이 특별약관의 체결시점에서 정한 「수술시술코드」를 따릅니다. 다만, 이 특별약관 체결시점 이후 “ADRG”가 신규 추가되는 경우 회사는 【별표93】 『1~8종 수술 및 시술 분류표』의 구분에 준하여 수술시술코드를 결정합니다.

【예시 안내】

- 회사는 피보험자가 수술 및 시술 받은 시점에서 부여된 의료행위, 진단명 및 주진단범주(MDC) 등을 이 특별약관 체결시점의 “KDRG”기준에 적용합니다.
- 신의료수술 도입 등의 이유로 급여항목이 신규 추가되고 피보험자가 그 수술 및 시술을 받은 경우 회사는 주진단범주(MDC)와 의료행위를 확인한 후 이 특별약관 체결시점에 정한 수술시술코드를 기준으로 수술비(시술포함)를 지급합니다.

【 예시 】

이 특별약관 체결시점에 간이식에 해당하는 수술시술코드는 A010(KDRG 버전 4.4)이었으나, 피보험자가 간이식수술을 받은 시점의 수술시술코드가 A080(KDRG 버전 5.0)으로 변경된 경우에도 A010(KDRG 버전 4.4)에 해당하는 수술비(시술포함)를 지급합니다.

- ④ 제2항 및 제3항에도 불구하고 이 특별약관 체결시점에 급여항목으로 분류된 수술 및 시술이 향후 비급여항목으로 변경된 경우 해당 수술 및 시술은 보장에서 제외됩니다.
- ⑤ 제1항의 수술 및 시술은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 제2장(검사로) 및 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 정하는 내용은 포함하지 않습니다. 다만, 아래의 방사선 치료 대상 수가코드에 해당하는 제3장(영상진단 및 방사선치료료)의 사이버나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료, 감마나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료, 선형가속기(LINAC) 정위적 방사선 치료, 양성자치료는 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

내 용	수가코드
체부정위적방사선수술[1회당]-선형가속기이용	HD111
체부정위적방사선수술[1회로 치료종결]-선형가속기이용	HD112
뇌정위적방사선수술-감마나이프	HD113
뇌정위적방사선수술-사이버나이프	HD114
뇌정위적방사선수술-선형가속기	HD115
양성자치료[1회당]	HD121
체부정위적방사선수술[1회당]-사이버나이프이용	HD211
체부정위적방사선수술[1회로 치료종결]-사이버나이프이용	HD212

※ 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」는 보건복지부가 고시한 바에 따릅니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 1회의 입원 또는 1회의 통원 중에 2가지 이상의 수술 및 시술을 받은 경우 퇴원일 또는 통원일을 기준으로 진단서 및 진료비세부내역서 등에서 확인되는 하나의 수술시술코드에 한하여 질병수술비(1~8종)(시술포함)를 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 피보험자가 동일한 의료기관에서 퇴원 없이 계속입

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

원 중에 2가지 이상의 수술시술코드가 부여되는 경우 또는 1일 2회 이상 통원하여 2가지 이상의 수술시술코드가 부여된 경우에는 수술시술종류가 높은 하나의 수술시술코드에 한하여 해당 종의 질병수술비(1~8종)(시술포함)를 지급합니다.

【예시 안내】

ADRG는 1회의 입원 또는 1회의 통원에 대하여 2가지 이상의 수술 및 시술을 받더라도 “KDRG”에서 정한 외과적 우선순위에 따라 하나만 생성됩니다. 이 경우 외과적 우선순위는 [별표93] 1~8종 수술 및 시술 분류표의 수술시술종류와 차이가 있을 수 있습니다.

【 예시 】

피보험자가 입원을 하고 “유방재건술(J051)” (3종)과 “유방절제술(J061)” (7종)을 동시에 받은 후 퇴원할 경우 생성되는 ADRG는 “유방재건술(J051)”입니다. 다만, 이 경우 회사는 제2항에 따라 “유방절제술(J061)”에 해당하는 7종의 수술비(시술포함)를 지급합니다.

- ③ 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 의료기관을 이전하여 입원하거나 동일한 의료기관에 퇴원 후 다른 일자에 재입원하여 수술 및 시술을 받은 경우에는 새로운 입원으로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.
- ④ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 계속입원 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 이 특별약관의 보험기간 종료일부터 180일 이내(피보험자의 퇴원일을 기준으로 하며, 보험기간 종료일은 제외합니다)에 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 질병수술비(1~8종)(시술포함)(급여)를 보장합니다.
- ⑤ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 수술 및 시술한 경우, 진단서 및 진료비세부내역서 등을 통해 주진단범주(MDC)와 의료행위 등으로 이 특별약관에서 정한 수술시술코드를 확인할 수 있는 경우 회사는 제2조(수술 및 시술의 정의)에서 정한 수술 및 시술에 포함하여 보장합니다.

【예시 안내】

자동차보험 또는 산재보험 등 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용 받지 못하는 사고로 인하여 아래의 진단명 및 의료행위를 받은 경우 회사는 제5항에 따라 “슬관절 및 하퇴골 골절 수술(I283)”에 해당하는 수술비(시술 포함)를 지급합니다.

- 진단명 : 경골 하단의 기타 골절(S82.38)
- 의료행위 : 사지골절정복술[복잡골절포함]-관혈적-하퇴골-경골(N1604)

- ⑥ 제2항에도 불구하고 제5항에서 해당 입원기간 또는 통원일에 추가적으로 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 급여항목이 발생하는 다른 수술 및 시술을 받은 경우 회사는 이 수술시술코드에 해당하는 수술비(시술포함)와 제5항의 수술시술코드에 해당하는 수술비(시술포함)를 각각 지급합니다.
- ⑦ 「복강경을 이용한 단순 자궁 수술(악성종양제외)(N031)」, 「개복에 의한 단순 자궁 수술(악성종양제외)(N032)」, 「분만및유산후관련장애후(수술시행)(O110)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않는 경우에도 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 바에 따라 보장합니다.
- ⑧ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항 및 아래의 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 회사는 **【별표93】『1~8종 수술 및 시술 분류표』**의 주2)에 해당하는 사항은 보상하지 않습니다.
2. 회사는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표 2] 비급여대상)에 해당하는 수술 및 시술에 대하여는 보상하지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 2-72. 144대질병수술비보장 특별약관, 144대질병수술비(태아보장)보장 특별약관

- ※ 144대질병수술비(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.
- ※ 144대질병수술비보장 특별약관은 5개의 세부보장[144대질병수술비(27대질병), 144대질병수술비(11대질병), 144대질병수술비(59대생활질환), 144대질병수술비(43대생활질환), 144대질병수술비(다빈도4대질병)]으로 구성되어 있습니다.
- ※ 144대질병수술비(태아보장)보장 특별약관은 5개의 세부보장[144대질병수술비(27대질병)(태아보장), 144대질병수술비(11대질병)(태아보장), 144대질병수술비(59대생활질환)(태아보장), 144대질병수술비(43대생활질환)(태아보장), 144대질병수술비(다빈도4대질병)(태아보장)]으로 구성되어 있습니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확

정된 144대질병의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 아래에서 정한 금액을 144대질병수술비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 「눈 관련 질환」으로 인한 레이저수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하며, 이후 동일한 기준을 적용합니다.

구 분			지급금액
144대 질병	1. 27대질병	결핵, 폐혈증, 크로이츠펠트-야콥병, 간질환, 조로증, 중추신경계통의 염증성 질환(수막염), 중추신경계통의 염증성 질환(뇌 및 척수의 염증성질환), 파킨슨병, 중추신경계통의 탈수초질환, 뇌전증, 뇌성마비, 자율신경계통의 장애, 수두증, 녹내장, 심장질환, 뇌혈관질환, 동맥경화증, 대동맥류, 기타 동맥류 박리, 버거씨병, 폐렴, 만성하부호흡기질환, 폐질환, 위·십이지장궤양, 급성 췌장염, 췌장질환, 신부전	144대질병수술비 (27대질병)보장 보험가입금액의 100%
	2. 11대질병	당뇨병, 뇌하수체질환, 황반변성, 고혈압, 동맥 및 세동맥의 질환, 식도정맥류, 외부요인에 의한 폐질환, 폐부종, 특정호흡기질환, 위공장궤양, 충수질환	144대질병수술비 (11대질병)보장 보험가입금액의 100%
	3. 59대생활 질환	용혈-요독증후군(헴버거병), 비장질환, 부갑상선질환, 대사장애, 수면무호흡증, 중증근무력증, 마비, 결막장애, 공막·각막·홍채·섬모체의 장애, 유리체의 장애, 안구의 장애, 시신경 및 시각경로의 장애, 안근·양안운동·조절 및 굴절의 장애, 시각장애 및 실명, 눈 및 눈부속기의 기타 장애, 외이의 질환, 중이염, 중이 및 유도의 특정질환, 내이의 질환, 귀의 기타장애, 정맥염 및 혈전정맥염, 기타정맥의 색전증 및 혈전증, 음낭 정맥류, 림프절염, 인플루엔자, 기타 급성 하기도감염, 인후부위의 특정질환, 성대결절, 성인호흡곤란 증후군, 호흡계통의 기타 질환, 침샘질환, 식도질환, 위·십이지장 질환, 특정소화기질환, 특정 부위의 탈장, 비감염성 장염 및 결장염, 특정 장질환, 과민대장증후군, 장의 특정 기타질환, 복막의 질환, 장흡수장애, 통풍, 특정 전신결합 조직장애, 전신홍반루푸스, 피부다발근염, 전신경화증, 근육장애, 발바닥근막성 섬유종증, 골다공증, 골수염, 골괴사	144대질병수술비 (59대생활질환)보장 보험가입금액의 100%

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

구 분			지급금액
		증, 뼈의 파절병, 뼈의 기타장애, 연골병증, 사구체질환, 신세뇨관-간질질환, 신장 및 요관의 기타 장애, 비뇨계통의 기타질환, 특정 요도질환	
	4. 43대생활 질환	대상포진, 갑상선질환, 다낭성난소증후군, 안면신경장애, 단일신경병증, 손목터널증후군, 맥립종 및 콩다래끼, 눈꺼풀의 기타 염증, 눈꺼풀의 기타 장애, 안와장애, 맥락막 및 망막의 장애, 하지정맥류, 급성상기도감염, 후각특정질환, 축농증, 편도염, 사타구니 탈장, 치열 및 치루, 담석증, 담낭담도질환, 특정 누적 외상성질환, 척추변형, 척추병증, 추간판장애(디스크질환), 기타 등병증, 윤활막 및 힘줄장애, 어깨병변, 신장 및 요관의 결석, 방광의 결석, 요도결석증, 유방의 장애, 주침샘의 양성 신생물, 소화계통의 양성 신생물, 중아·호흡계통 및 흉곽의 양성 신생물, 골 및 관절연골의 양성 신생물, 조직의 양성 신생물, 유방의 양성 신생물, 생식기의 양성 신생물, 비뇨기관의 양성 신생물, 눈 및 부속기관의 양성신생물, 수막의 양성 신생물, 뇌 및 중추신경계통의 양성 신생물, 갑상선 및 내분비선의 양성 신생물	144대질병수술비 (43대생활질환)보장 보험가입금액의 100%
	5. 다빈도 4대질병	관절염, 백내장, 생식기질환, 치핵	144대질병수술비 (다빈도4대질병)보장 보험가입금액의 100%

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 질병으로 동일 일자에 수술을 받은 경우에는 1회의 수술비만 지급합니다.

【144대질병수술비 지급예시】

다수의 위의 양성신생물(D13.1)을 제거하기 위해 동일 일자에 수술한 경우 1회의 수술비 지급

- ② 두가지 이상의 질병으로 진단확정되고 그 질병의 치료를 직접적인 목적

으로 동일 일자에 시행한 수술은 1회의 수술비만 지급합니다. 다만, 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술비를 지급합니다.

- ③ 제2항에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌우 각각 다른 신체부위로 봅니다.

【144대질병수술비 지급예시】

- 자궁의 평활근종(D25)[43대생활질환]과 자궁내막증(N80)[다빈도4대질병]로 진단 확정되고, 자궁의 평활근종(D25)의 치료를 직접적인 목적으로 동일 일자에 다수의 수술을 받은 경우 [43대생활질환수술비보장]에 해당하는 1회의 수술비 지급
- 만성 부비동염(J32)[43대생활질환]과 코 및 비동의 기타장애(J34)[43대생활질환]로 진단확정되고, 만성 부비동염(J32)의 치료를 직접적인 목적으로 동일 일자에 다수의 수술을 받은 경우 [43대생활질환수술비보장]에 해당하는 1회의 수술비 지급

- ④ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(144대질병의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「144대질병」이라 함은 「27대질병」, 「11대질병」, 「59대생활질환」, 「43대생활질환」 및 「다빈도4대질병」을 총칭합니다.
- ② 제1항의 「27대질병」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 27대질병으로 분류되는 질병(【별표35-1】『27대질병 분류표』 참조)을 말합니다.
- ③ 제1항의 「11대질병」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 11대질병으로 분류되는 질병(【별표35-2】『11대질병 분류표』 참조)을

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

말합니다.

- ④ 제1항의 「59대생활질환」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 59대생활질환으로 분류되는 질병(【별표35-3】 『59대생활질환 분류표』 참조)을 말합니다.
- ⑤ 제1항의 「43대생활질환」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 43대생활질환으로 분류되는 질병(【별표35-4】 『43대생활질환 분류표』 참조)을 말합니다.
- ⑥ 제1항의 「다빈도4대질병」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다빈도4대질병으로 분류되는 질병(【별표35-5】 『다빈도4대질병 분류표』 참조)을 말합니다.
- ⑦ 「144대질병」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 단, 뇌혈관질환의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하고, 심장질환 중 허혈성심장질환의 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료 기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 제3조(144대질병의 정의 및 진단확정)에서 눈 관련 질환의 경우 레이저(Laser)에 의한 수술을 포함합니다. 다만, 다래끼 및 콩다래끼로 인한 수술 및 선천성질환으로 인한 수술의 경우는 제외합니다.
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
 - 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
 - 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
 - 기타 이와 유사한 시술
- ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 2-73. 암수술비(유사암제외)보장 특별약관, 암수술비(유사암제외)(태아보장)보장 특별약관

※ 암수술비(유사암제외)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 「암」으로 진단 확정되고, 그 「암」의 치료를 직접적인 목적으로 제4조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을

받은 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 암수술비(유사암제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

- ② 제1항의 「보장개시일」은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 보장개시일은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다.

【「암」에 대한 보장개시일 [예시]】	
90일 보장 제외	보험가입금액의 100%
↑ 최초계약일 (2030년 4월 10일)	↑ 「암」 보장 개시일 (2030년 7월 9일)
※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.	

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 항암방사선 및 항암약물치료는 암수술비(유사암제외)가 지급되지 않습니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서 「기타피부암」 및 「갑상선암」을 제외한 질병(【별표14】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

제외합니다.

- ② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ④ 「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

- ⑤ 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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다

- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 「수술」은 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외합니다.
- ⑤ 제4항의 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ⑥ 제4항의 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
- ⑦ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)

▶▶ ▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
 - 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
 - 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
 - 기타 이와 유사한 시술
- ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정 되는 경우

2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 2-73-1. 유시암수술비보장 특별약관, 유시암수술비(태아보장)보장 특별약관

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

※ 유사암수술비(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「기타 피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 가입금액을 유사암수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 항암방사선 및 항암약물치료는 유사암수술비가 지급되지 않습니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표16】『제자리신생물 분류표』 참조)을 말합니다.
- ④ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표17】『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』 참조)을 말합니다.
- ⑤ 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져

야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

【유의사항】

한국표준질병사인분류 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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 「수술」은 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외합니다.
- ⑤ 제4항의 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ⑥ 제4항의 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
- ⑦ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술

6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
 - 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
 - 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
 - 기타 이와 유사한 시술
- ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 2-74. 뇌혈관질환수술비보장 특별약관, 뇌혈관질환수술비(태아보장)보장 특별약관

※ 뇌혈관질환수술비(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이 특별약관의 보험기간 중에 「뇌혈관질환」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌혈관질환수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「뇌혈관질환」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「뇌혈관질환」으로 분류되는 질병으로 【별표23】 『뇌혈관질환 분류표』에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「뇌혈관질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술
- ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-75. 허혈성심장질환수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이

특별약관의 보험기간 중에 「허혈성심장질환」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 허혈성심장질환수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

- ② 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「허혈성심장질환」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「허혈성심장질환」으로 분류되는 질병으로 **【별표28】 「허혈성심장질환 분류표」**에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 「허혈성심장질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「허혈성심장질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-76. 특정순환계질환수술비(1~5종)(당뇨병및이상지질혈증포함)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 「특정순환계질환(1~5종)(당뇨병및이상지질혈증포함)」로 진단확정되고, 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 중 구분에 따라 아래의 금액을 특정순환계질환수술비로(1~5종)으로 보험수익자에게 지급합니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

구 분	지급금액	예시 (보험가입금액 1,000만원 기준)
특정순환계질환(1종) (당뇨병및이상지질혈증포함)	보험가입금액의 6/100 지급	60만원
특정순환계질환(2종)	보험가입금액의 1/10 지급	100만원
특정순환계질환(3종)	보험가입금액의 2/10 지급	200만원
특정순환계질환(4종)	보험가입금액의 4/10 지급	400만원
특정순환계질환(5종)	보험가입금액 지급	1,000만원

- ② 제1항에도 불구하고 「눈 관련 질환」으로 인한 레이저수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하며, 이후 동일한 기준을 적용합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 회사는 피보험자가 받은 1회 수술의 직접적인 원인이 된 질병이 특정순환계질환(1종)(당뇨병및이상지질혈증포함), 특정순환계질환(2종), 특정순환계질환(3종), 특정순환계질환(4종) 및 특정순환계질환(5종)중 2가지 이상에 해당되는 경우에는 1회에 한하여 가장 높은 금액을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특정순환계질환(1~5종)(당뇨병및이상지질혈증포함)의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「특정순환계질환(1~5종)(당뇨병및이상지질혈증포함)」이라 함은 「특정순환계질환(1~5종) 분류표(【별표56】 참조)에서 정한 질병 중 중구분이 1종에서 5종까지 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국질병·사인분류에 따릅니다.
- ② 「특정순환계질환(1~5종)(당뇨병및이상지질혈증포함)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의

료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 혈액검사(혈액 중 심장 효소검사 등), 뇌척수액검사, 신경학적검사, 심전도검사, 심도자검사, 핵의학검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하여야 합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
 - 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
 - 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
 - 기타 이와 유사한 시술
- ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-77. 관상동맥성형술(급여)(연간회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단 확정된 질병의 치료를 목적으로 「관상동맥성형술(급여)」를 받은 경우에 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 관상동맥성형술로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항에서 「연간」이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.
- ③ 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(관상동맥성형술(급여) 정의)

- ① 이 특별약관에서 「관상동맥성형술(급여)」라 함은 【별표114】 (『급여 관상동맥성형술 분류표』)에서 정한 관상동맥성형술 대상 「수카코드」를 말합니다. 다만, 관상동맥성형술을 동반하지 않고 개흉술 및 개심술을 이용하여 수술을 받은 경우 및 도관을 이용한 약물주입은 보장에서 제외합니다.
- ② 「관상동맥성형술(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ③ 제1항의 「관상동맥성형술(급여)」은 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「관상동맥성형술(급여)」 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 「관상동맥성형술(급여)」 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제4조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서(“건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)” 필수 기재), 진단서, 진료비계산서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며,

「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-78. 뇌정위적방사선수술비(급여, 연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 진단 확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 「뇌정위적방사선수술」을 받은 경우에는 연간1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌정위적방사선수술비(급여, 연간1회한) 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 뇌정위적방사선수술을 받은 부위 및 횟수와 관계없이 연간1회에 한하여 지급합니다.
- ② 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험²⁵⁰⁴ 약관

병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(뇌정위적방사선수술의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「뇌정위적방사선수술」이라 함은 「뇌정위적방사선수술 분류표(【별표36】 참조)에서 정한 뇌 정위적 방사선수술 대상 수가코드에 해당하는 경우를 말하며, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료 급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다. 다만, 「뇌정위적방사선수술」을 동반하지 않고 개두술을 이용하여 수술을 받은 경우에는 보장에서 제외합니다.
- ② 제1항의 「뇌정위적방사선수술」 이외의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치 점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치 점수 및 산정지침)의 제3장(영상진단 및 방사선치료료)에서 정하는 내용은 보상하지 않습니다.
- ③ 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치 점수」의 개정에 따라 제1항의 수가코드가 폐지되어 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
- ② 제1항 이외에 제8차 한국표준질병사인분류에 따른 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)에 대해서도 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서(건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI) 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지포함), 수술확

- 인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 그 밖에 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 2-79. 조혈모세포이식수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단 확정된 질병으로 장기수혜자로서 「조혈모세포이식」을 받은 경우에는

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험²⁵⁰⁴ 약관

최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 조혈모세포이식수술비로 지급합니다.

- ② 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(조혈모세포이식의 정의)

이 특별약관에서 「조혈모세포이식」이라 함은 각종 혈액질환 및 악성종양 치료시 발생하는 골수부전상태를 근본적으로 치료할 목적으로 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 말합니다. 단, 조혈모세포를 제공하는 공여자로부터 조혈모세포를 채취하는 시술은 제외합니다.

1. 「동종(allogenic)골수조혈모세포이식」이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 골수내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 투여하는 행위를 말합니다.
2. 「동종(allogenic)말초조혈모세포이식」이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 말초혈액내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 투여하는 행위를 말합니다.
3. 「자가(autologous)골수조혈모세포이식」이라 함은 피보험자의 골수내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.

4. 「자가(autologous)말초조혈모세포이식」이라 함은 피보험자의 말초혈액내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자에게 다시 투여하는 행위를 말합니다.
5. 「제대혈조혈모세포이식」이라 함은 정상적인 조혈모세포가 있는 제대혈내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 투여하는 행위를 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 조혈모세포이식수술비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 2-80. 특정5대기관양성신생물(폴립포함)수술비(연간 1회)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 5대 기관양성신생물(폴립포함)으로 진단확정 되고 그 5대기관양성신생물(폴립포함)의 치료를 직접적인 목적으로 5대기관양성신생물(폴립포함) 수술을 받은 때에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정 5대기관양성신생물(폴립포함)수술비로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 5대기관양성신생물(폴립포함) 수술을 받은 부위, 개수와 관계없이 연간 1회에 한하여 지급합니다.
- ② 제1항에서 “연간”이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.
- ③ 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(5대기관양성신생물(폴립포함)정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「5대기관 양성신생물(폴립포함)」이라 함은 제8차 한국 표준질병·사인분류에 있어서 「5대기관 양성신생물(폴립포함)」으로 분류되는 질병(【별표87】『5대기관 양성신생물(폴립포함)분류표』참조)을 말합니다.
- ② 「5대기관 양성신생물(폴립포함)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)

에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 「5대기관 양성신생물(폴립포함)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢查) 등)

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 와 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-81. 충수염수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「충수염(맹장염)」으로 진단확정되고, 그 「충수염(맹장염)」의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 충수염수술비로 지급합니다.
- ② 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(충수염(맹장염)의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「충수염(맹장염)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 충수염(맹장염)으로 분류되는 질병(【별표37】『충수염(맹장염) 분류표』 참조)을 말합니다.
- ② 「충수염(맹장염)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항 의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢查) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 총수염수술비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 2-82. 호흡기관련질병수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「호흡기관련질병」으로 진단확정되고, 그 「호흡기관련질병」의 치료를 직접적인

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험²⁵⁰⁴ 약관

목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 호흡기관관련질병수술비로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(호흡기관관련질병의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「호흡기관관련질병」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 호흡기관관련질병으로 분류되는 질병(【별표38】『호흡기관관련질병 분류표』 참조)을 말합니다.
- ② 「호흡기관관련질병」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료 기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간관 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험²⁵⁰⁴ 약관

따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 2-83. 시청각질환수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「시청각질환」으로 진단확정되고, 그 「시청각질환」의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 시청각질환수술비로 지급합니다.
- ② 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(시청각질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「시청각질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 시청각질환으로 분류되는 질병(【별표39】『시청각질환 분류표』참조)을 말합니다.
- ② 「시청각질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다. 또한, 이 특별약관의 해당 별표 내 「눈 관련 질환」으로 인한 레이저수술도 포함되며, 「눈 관련 질환」으로 인한 레이저수술의 경우 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급합니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
 - 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
 - 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
 - 기타 이와 유사한 시술
- ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차

는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 2-84. 백내장수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「백내장」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 백내장수술비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 「백내장」 치료를 직접적인 목적으로 레이저(Laser) 수술을 받은 경우에도 백내장수술비를 지급합니다. 다만, 레이저(Laser) 수술은 수술개시일 부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 백내장수술비를 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(백내장의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「백내장」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 백내장으로 분류되는 질병(【별표42】『백내장 분류표』참조)을 말합니다.
- ② 「백내장」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 따릅니다.

【백내장】

눈의 검은동자와 홍채 뒤에는 투명한 안구의 조직인 수정체가 존재하여 눈의 주된 굴절기관으로 작용합니다. 눈으로 들어온 빛은 수정체를 통과하면서 굴절되어 망막에 상을 맺게 되는데 백내장은 이러한 수정체가 혼탁해져 빛을 제대로 통과시키지 못하게 되면서 안개가 낀 것처럼 시야가 뿌옇게 보이게 되는 질환을 말합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 2-85. 녹내장수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「녹내장」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 녹내장수술비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 「녹내장」의 치료를 직접적인 목적으로 레이저(Laser) 수술을 받은 경우에도 녹내장수술비를 지급합니다. 다만, 레이저(Laser) 수술은 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 녹내장수술비를 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규

정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(녹내장의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「녹내장」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 녹내장으로 분류되는 질병(【별표43】『녹내장 분류표』참조)을 말합니다.
- ② 「녹내장」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 따릅니다.

【녹내장】

녹내장은 안압의 상승으로 인해 시신경이 눌리거나 혈액 공급에 장애가 생겨 시신경의 기능에 이상을 초래하는 질환입니다. 시신경은 눈으로 받아들인 빛을 뇌로 전달하여 '보이게 하는' 신경이므로 여기에 장애가 생기면 시야 결손이 나타나고, 말기에는 시력을 상실하게 됩니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ③ 제1항 의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료 기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간관 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에

따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 2-86. 관절염수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「관절염」으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 관절염수술비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(관절염의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「관절염」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 관절염으로 분류되는 질병(【별표44】『관절염 분류표』참조)을 말합니다.
- ② 「관절염」의 진단확정은 진료확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 따릅니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술

5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
 - 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
 - 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
 - 기타 이와 유사한 시술
- ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 2-87. 골다공증수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「골다공증」으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 골다공증수술비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(골다공증의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「골다공증」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 골다공증으로 분류되는 질병(【별표45】『골다공증 분류표』참조)을 말합니다.
- ② 「골다공증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 따릅니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(단기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 2-88. 인공와우이식수술비 특별약관, 인공와우이식수술비(태아보장) 특별약관

※ 인공와우이식수술비(태아보장) 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병으로 인하여 인공와우이식수술을 받은 경우에는 최초1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 인공와우이식수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(인공와우이식수술의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 특별약관에서 「인공와우이식수술」이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에서 “인공와우의 요양급여 대상”에 해당하는 경우로서, 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리 하에 「인공와우를 내이에 이식하는 수술」을 말합니다.

【인공와우의 요양급여 대상】

1) 1세 미만	양측 심도(90dB) 이상의 난청환자로서 최소한 3개월 이상 보청기 착용에도 청능 발달의 진전이 없는 경우
2) 1세 이상 19세 미만	양측 고도(70dB) 이상의 난청환자로서 최소한 3개월 이상 보청기 착용 및 집중교육에도 청능 발달의 진전이 없는 경우. 다만, 시술 후 의사소통 수단으로 인공와우를 사용하지 못할 것으로 예상되는 경우는 제외함.
3) 19세 이상	양측 고도(70dB) 이상의 난청환자로서 보청기를 착용한 상태에서 단음절어에 대한 어음변별력(Speech discrimination)이 50% 이하 또는 문장언어 평가가 50% 이하인 경우. 다만, 시술 후 의사소통 수단으로 인공와우를 사용하지 못할 것으로 예상되는 경우는 제외함.

주) 위 1), 2), 3)의 난청환자 중 뇌막염의 합병증 등으로 시급히 시행하지 않으면 수술시기를 놓치게 될 경우에는 예외적으로 시행할 수 있습니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ② 제1항의 「인공와우를 내이에 이식하는 수술」은 다음의 수가코드에 해당하는 수술을 말합니다. 다만, 이 특별약관을 체결하는 시점 이후에 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.

수가코드	행위명
S5800	인공와우이식술

- ③ 제2항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 「인공와우이식수술」에 해당하는 수가 코드가 있는 경우에는 그 코드도 포함하는 것으로 봅니다.
- ④ 「자동차손해배상 보장법」 또는 「산업재해보상보험법」에 의해 처리하여야 하는 사고인 경우, 제1항의 「인공와우이식수술」에 해당하는 경우에는 그 수술도 포함합니다.
- ⑤ 제1항에서 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」은 「국민건강보험법」 제41조제3항, 「국민건강보험법 시행령」 제19조 제1항 관련 별표2 제1호, 제3호 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조 제2항에 의하며, 관련 법령 등이 개정되는 경우 회사는 수술 시행시점에 적용되는 기준을 따릅니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고, 관련 법령 등의 개정으로 「인공와우의 요양급여 대상」이 폐지 또는 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 「인공와우의 요양급여 대상」을 따릅니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변

경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 - 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 - 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 - 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 - 4. 미용성형 목적의 수술
 - 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 - 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢查) 등)
 - 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
 - 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
 - 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
 - 기타 이와 유사한 시술
- ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 인공와우이식수술비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

**[2종] 2-89. 어린이심장개흉수술및특정시술비보장 특별약관,
어린이심장개흉수술및특정시술비(태아보장)보장 특별약관**

※ 어린이심장개흉수술및특정시술비(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「심장개흉수술」 또는 「심장특정시술」을 받은 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 어린이심장개흉수술및특정시술비(개흉수술) 또는 어린이심장개흉수술및특정시술비(특정시술)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지급금액
1. 어린이심장개흉수술및특정시술비 (개흉수술)	「심장개흉수술」을 받은 경우	이 특별약관 보험가입금액의 100%
2. 어린이심장개흉수술및특정시술비 (특정시술)	「심장특정시술」을 받은 경우	이 특별약관 보험가입금액의 20%

다만, 1회의 시술이 「심장개흉수술」 및 「심장특정시술」 모두에 해당되는 경우에는 각각의 보험금을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(심장개흉수술의 정의)

이 특별약관에서 「심장개흉수술」이라 함은 의사에 의하여 「심장병」의 근본적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리 하에 「심장병」의 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 반드시 개흉술을 한 후 심장의 병변에 대해 수술하는 것을 말합니다. 그러나 개흉술을 동반하지 않는 수술, 중재적 심장시술[(예) 풍선판막성형술(BallonValvuloplasty) 등]은 모두 보장에서 제외합니다.

제4조(심장특정시술의 정의)

이 특별약관에서 「심장특정시술」이라 함은 의사에 의하여 「심장병」의 근본적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에서 의사의 관리 하에 「심장병」의 치료를 직접적인 목적으로 하여 다음 각 호에서 정한 심장특정시술을 한 경우를 말합니다.

대상이 되는 시술
1. 동맥관개존폐쇄술(PDA Closure) 2. 심방중격결손폐쇄술(ASD Closure) 3. 풍선판막성형술(Balloon Valvuloplasty) 4. 풍선혈관성형술(Balloon Angioplasty) 5. 풍선심방중격조성술(Balloon Atrial Septostomy) 6. 전극도자절제술(Catheter Ablation) 7. 심박동기삽입술(Pacemaker Insertion) 8. 코일색전술(Coil Embolization) 9. 경피적 관상동맥 성형술(PTCA, PTCA with stent, PTA&PTA with stent, Stent-graft insertion)

제5조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치

3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 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. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 어린이심장개흉수술및특정시술비(개흉수술)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

어린이심장개흉수술및특정시술비(개흉수술) 보장은 소멸됩니다.

- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 어린이심장개흉수술및특정시술비(특정시술)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 어린이심장개흉수술및특정시술비(특정시술) 보장은 소멸됩니다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 보장이 소멸되는 경우에는 소멸된 보장에 해당하는 해약환급금은 지급하지 않으며, 소멸된 보장에 해당하는 보험료도 납입하지 않습니다.
- ④ 제1항 및 제2항에 따라 보장이 모두 소멸된 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ⑤ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ⑥ 제5항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[2종] 2-90. 모야모야병개두수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「모

야모야병」으로 진단 확정되고, 그 「모야모야병」의 치료를 직접적인 목적으로 「개두수술」을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 모야모야병개두수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

- ② 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(모야모야병의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「모야모야병」이라 함은 속목동맥의 말단부 혹은 중간 대뇌동맥의 기시부가 서서히 폐색되는 질환으로 제8차 한국표준질병사인 분류에 있어서 모야모야병으로 분류되는 질병(【별표40】『모야모야병 분류표』 참조)을 말합니다.
- ② 「모야모야병」의 진단확정은 임상증상(병력, 신경학적 검사 등)과 함께 영상학적 진단(CT, MRI/MRA, Cerebral angiography)을 기초로 하여야 합니다.

제4조(개두수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「개두수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 개두를 동반한 직접 혈관문합술(Direct revascularization), 간접 혈관문합술(Indirect revascularization), 병합 혈관문합술(Combined revascularization), 혈종제거술(Hematoma evacuation) 등의 수술을 한

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

것을 말합니다.

- ② 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료 기관에서 행한 것에 한합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[2종] 2-91. 소아탈장수술비보장 특별약관, 소아탈장수술비(태아보장)보장 특별약관

※ 소아탈장수술비(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「탈장」으로 진단 확정되고, 그 「탈장」의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 소아탈장수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(탈장의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「탈장」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 탈장으로 분류되는 질병(【별표41】『탈장질환 분류표』참조)을 말합니다.
- ② 「탈장」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[2종] 2-92. 사시수술비 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「사시」로 진단 확정되고 그 「사시」의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 수술1회당 이 특약의 보험가입금액을 사시수술비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 「사시」의 직접치료를 목적으로 하는 레이저수술의 경우 수술개시일로부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 사시수술비를 지급하며, 이후 동일한 기준을 적용합니다.
- ③ 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보험계약일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(사시의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「사시」라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「사시」로 분류되는 질병 (【별표60】『사시분류표』참조)를 말합니다.
- ② 이 특약에서 「사시」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 따릅니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

- ④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 제3조(사시의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 사시의 경우 레이저(Lazer)에 의한 수술을 포함합니다.
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

현료를 지급합니다.

- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-93. 질병재활치료비(급여)(1일 1회한,연간15회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 다음 중 어느 한가지에 해당하는 사유가 발생한 경우에는 각각 1일 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 질병재활치료비(급여)(1일 1회한,연간15회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.
1. 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정 된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원중에 「질병재활치료(급여)」를 받은 경우(이하 「입원 질병재활치료(급여)」라 합니다)
 2. 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정 된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 통원하여 「질병재활치료(급여)」를 받은 경우(이하 「통원 질병재활치료(급여)」라 합니다)
- ② 제1항에도 불구하고 질병재활치료비는 「입원 질병재활치료(급여)」 횟수와 「통원 질병재활치료(급여)」 횟수를 합산하여 연간 15회를 한도로 합니다.
- ③ 제2항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일

전일까지의 기간을 의미합니다.

- ④ 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원 및 통원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 의사에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에 입실하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 「의료기관」이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제4조(질병재활치료(급여)의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 「질병 재활치료(급여)」라 함은 질병 자체 또는 질병 치료로 인한 구조적 손상과 기능적 장애를 치료하기 위하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 보건복지부에서 고시하는 「건강보험행위 급여비

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제7장(이학요법료)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 고빌리루빈혈증에 대한 광선요법(MM350)은 보장에서 제외합니다.

- ② 「질병 재활치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정에 따라 제1항의 「수가코드」가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.
- ④ 제1항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
- ② 회사는 제8차 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병에 대한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
 - 2. 정신 및 행동 장애(F00~F99)

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 - 1. 청구서(회사 양식)
 - 2. 사고증명서(진료확인서("재활치료의 원인" 필수 기재), 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진단서, 진료

비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-94. 질병재해치료비(급여)(1일 1회한,연간30회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 다음 중 어느 한가지에 해당하는 사유가 발생한 경우에는 각각 1일 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

입금액을 질병재활치료비(급여)(1일 1회한,연간30회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정 된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원중에 「질병재활치료(급여)」를 받은 경우(이하 「입원 질병재활치료(급여)」라 합니다)
 2. 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정 된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 통원하여 「질병재활치료(급여)」를 받은 경우(이하 「통원 질병재활치료(급여)」라 합니다)
- ② 제1항에도 불구하고 질병재활치료비는 「입원 질병재활치료(급여)」 횟수와 「통원 질병재활치료(급여)」 횟수를 합산하여 연간 30회를 한도로 합니다.
- ③ 제2항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.
- ④ 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원 및 통원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 의사에 의하여 제1조(보험금의 지급

사유)에서 정한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에 입실하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

- ③ 제1항 및 제2항의 「의료기관」이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제4조(질병재활치료(급여)의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 「질병 재활치료(급여)」라 함은 질병 자체 또는 질병 치료로 인한 구조적 손상과 기능적 장애를 치료하기 위하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 보건복지부에서 고시하는 「건강보험행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제7장(이학요법료)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 고빌리루빈혈증에 대한 광선요법(MM350)은 보장에서 제외합니다.
- ② 「질병 재활치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정에 따라 제1항의 「수가코드」가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.
- ④ 제1항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

- ② 회사는 제8차 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병에 대한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
2. 정신 및 행동 장애(F00~F99)

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료확인서("재활치료의 원인" 필수 기재), 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진단서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-95. 질병재활치료비(급여)(1일 1회한,연간60회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 다음 중 어느 한가지에 해당하는 사유가 발생한 경우에는 각각 1일 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가 입금액을 질병재활치료비(급여)(1일 1회한,연간60회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.
 1. 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정 된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원중에 「질병재활치료(급여)」를 받은 경우(이하 「입원 질병재활치료(급여)」라 합니다)
 2. 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정 된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 통원하여 「질병재활치료(급여)」를 받은 경우(이하 「통원 질병재활치료(급여)」라 합니다)
- ② 제1항에도 불구하고 질병재활치료비는 「입원 질병재활치료(급여)」 횟수와 「통원 질병재활치료(급여)」 횟수를 합산하여 연간 60회를 한도로 합니다.
- ③ 제2항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.
- ④ 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의

의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원 및 통원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 의사에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에 입실하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 「의료기관」이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제4조(질병재활치료(급여)의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 「질병 재활치료(급여)」라 함은 질병 자체 또는 질병 치료로 인한 구조적 손상과 기능적 장애를 치료하기 위하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 보건복지부에서 고시하는 「건강보험행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제7장(이학요법료)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 경우를 말합니다. 다만, 고빌리루빈혈증에 대한 광선요법(MM350)은 보장에서 제외합니다.
- ② 「질병 재활치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여

여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정에 따라 제1항의 「수가코드」가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.

- ④ 제1항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
- ② 회사는 제8차 한국표준질병·사인분류에 따른 다음의 질병에 대한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 선천기형, 변형 및 염색체이상(Q00~Q99)
 2. 정신 및 행동 장애(F00~F99)

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료확인서("재활치료의 원인" 필수 기재), 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진단서, 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-96. 암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,연간1회한)보장 특별약관, 암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,연간1회한)(태아보장)보장 특별약관

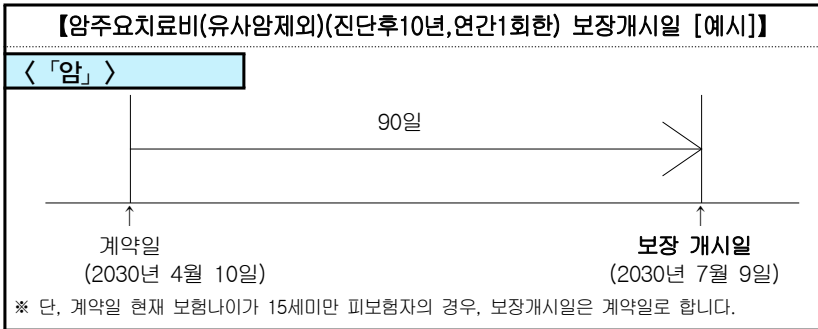
- ※ 암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,연간1회한)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

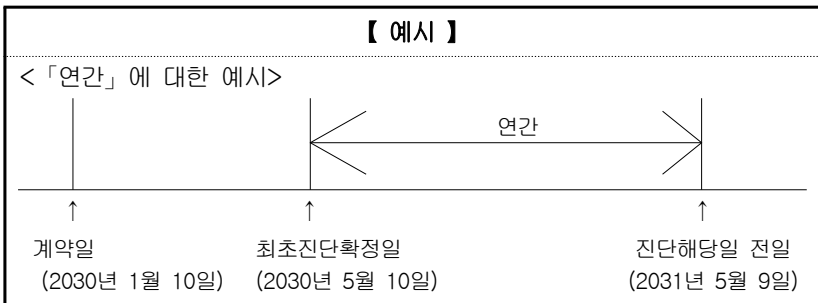
- ① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후 「암」으로 최초 진단 확정되고, 「보험금 지급 대상기간」 이내에 「암」으로 암주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 연간 1회에 한하여 암주요치료비(유사암제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액
암주요치료비(유사암제외) (진단후10년,연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 10회 지급)

- ② 위 제1항의 암주요치료는 「암」(최초 진단과 상이한 「암」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.
- ③ 제1항의 「보장개시일」은 이 특별약관의 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 최초계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 보장개시일은 계약일로 합니다.



- ④ 제1항의 「보험금 지급 대상기간」이라 함은 「암」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며, 암주요치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.
- ⑤ 제1항의 연간이라 함은 「암」 최초 진단 확정일부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 진단해당일 의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단해당일로 합니다.



▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

【 암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,연간1회한) 지급예시 】

- * 보험가입금액 1,000만원 기준
- * 계약일 : 2030년 7월 1일
- * 소장암(C17) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일
- * 식도암(C15) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일

진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
항암약물치료 (2031.10.1.) 암수술 (2031.8.1.)	암주요치료 미시행	암수술 (2036.12.1.) 항암방사선치료 (2036.9.1.)	암주요치료 미시행	항암약물치료 (2039.8.1.)	항암약물치료 (2040.11.1.)
2031년 1월1일	2032년 1월1일	2036년 1월1일	2037년 1월1일	2039년 1월1일	2040년 1월1일

구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
보험금	1,000만원	지급 대상 아님	1,000만원	지급 대상 아님	1,000만원	1,000만원

※ 2031년 1월1일 소장암(C17) 최초진단 이후 소장암(C17)이외의 암(유사암제외)을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상기간은 2031년 1월1일로부터 10년입니다.

※ 2031년 1월1일 소장암(C17) 최초진단 이후 소장암(C17)이외의 암(유사암제외)을 최초 진단받더라도 암 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 「암」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을

경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서 「기타피부암」 및 「갑상선암」을 제외한 질병(【별표14】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ④ 「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때'에서】

- 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

- ⑤ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(암주요치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「암주요치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.
 1. 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받은 경우
 2. 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「항암방사선치료」 또는 「항암약물 치료」를 받은 경우
- ② 「암주요치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
 1. 식이요법, 명상요법 등 「암」의 제거 또는 「암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 「암」이나 「암」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 제1호 내지 제3호 이외의 「암주요치료」와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)
- ③ 제 2항에도 불구하고 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 호스피스·완화의료 치료는 「암주요치료」로 봅니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술은 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외합니다.
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
 - 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
 - 기타 이와 유사한 시술
- ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)는 제외합니다.

제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제9조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정 되는 경우

2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「암」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 보장개시일을 적용합니다.

제12조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제37조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「암」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-97. 유사암주요치료비(진단후10년,연간1회한)보장 특별약관, 유사암주요치료비(진단후10년,연간1회한)(태아보장)보장 특별약관

※ 유사암주요치료비(진단후10년,연간1회한)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

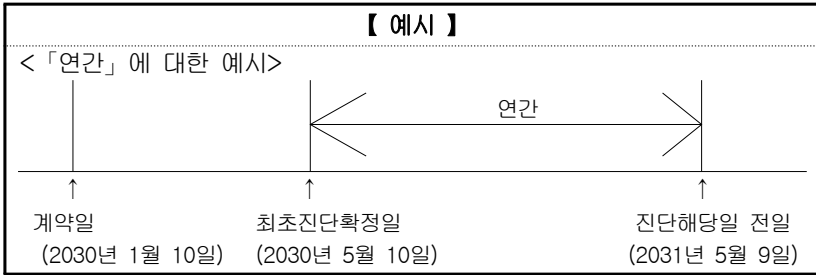
제1조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 최초 진단 확정되고, 「보험금 지급 대상기간」 이내에 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 암주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 연간 1회에 한하여 유사암주요치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액
유사암주요치료비 (진단후10년,연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 10회 지급)

- ② 제1항의 유사암주요치료는 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」(최초 진단과 상이한 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.
- ③ 제1항의 「보험금 지급 대상기간」이라 함은 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며, 암주요치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.
- ④ 제1항의 연간이라 함은 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」 최초 진단 확정일부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 내려하는 진단해당일 의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진

단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단해당일로 합니다.



【 유사암주요치료비(진단후10년,연간1회한) 지급예시 】

* 보험가입금액 100만원 기준
 * 계약일 : 2030년 7월 1일
 * 기타피부암(C44) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일
 * 갑상선암(C73) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일

진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
항암약물치료 (2031.10.1.) 암수술 (2031.8.1.)	암주요치료 미시행	암수술 (2036.12.1.) 항암방사선치료 (2036.9.1.)	암주요치료 미시행	항암약물치료 (2039.8.1)	항암약물치료 (2040.11.1)
2031년 1월1일	2032년 1월1일	2036년 1월1일	2037년 1월1일	2039년 1월1일	2040년 1월1일

구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
보험금	100만원	지급 대상 아님	100만원	지급 대상 아님	100만원	100만원

※ 2031년 1월1일 기타피부암(C44) 최초진단 이후 기타피부암(C44)이외의 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상기간은 2031년 1월1일로부터 10년입니다.
 ※ 2031년 1월1일 기타피부암(C44) 최초진단 이후 기타피부암(C44)이외의 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양을 최초 진단받더라도 암 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표16】『제자리신생물 분류표』참조)을 말합니다.
- ④ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표17】『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』참조)을 말합니다.
- ⑤ 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 진단 확정에는 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고

시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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 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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(암주요치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「암주요치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

적인 치료를 목적으로 「수술」을 받은 경우

2. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 「항암방사선치료」 또는 「항암약물치료」를 받은 경우를 받은 경우

② 「암주요치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
5. 제1호 내지 제4호 이외의 「암주요치료」와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

③ 제2항에도 불구하고 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 호스피스완화의료 치료는 「암주요치료」로 봅니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료 기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 「수술」은 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외합니다.
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주 입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
 - 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
 - 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
 - 기타 이와 유사한 시술
- ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)는 제외합니다.

제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제9조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제10조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제37조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기

간」 이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-98. 암주요치료비(유사암제외)(종합병원,진단후10년,연간1회한)보장 특별약관,
암주요치료비(유사암제외)(종합병원,진단후10년,연간1회한)(태아보장)보장 특별약관

※ 암주요치료비(유사암제외)(종합병원,진단후10년,연간1회한)(태아보장) 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후 「암」으로 최초 진단 확정되고, 「보험금 지급 대상기간」 이내에 「암」으로 종합병원에서 암주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 연간 1회에 한하여 암주요치료비(유사암제외)(종합병원)로 보험수익자에게 지급합니다.

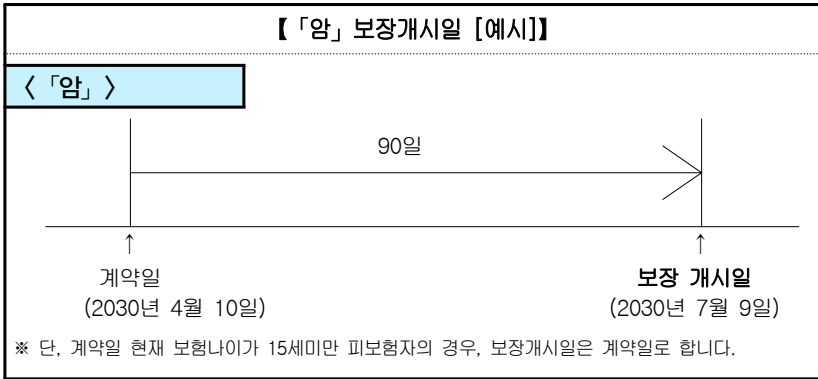
구 분	지급금액
암주요치료비(유사암제외) (종합병원,진단후10년,연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 10회 지급)

② 위 제1항의 암주요치료는 「암」(최초 진단과 상이한 「암」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.

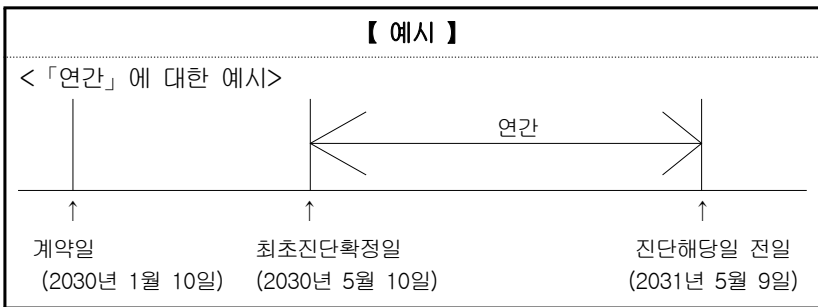
③ 제1항의 「보장개시일」은 이 특별약관의 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 최초계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다.그럼에도 불구하고 계약일 현

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 보장개시일은 보험계약일로 합니다.



- ④ 제1항의 「보험금 지급 대상기간」 이라 함은 「암」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며, 암주요치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.
- ⑤ 제1항의 연간이라 함은 「암」 최초 진단 확정일부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 진단해당일 의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단해당일로 합니다.



【 암주요치료비(유사암제외)(종합병원,진단후10년,연간1회한) 지급예시 】

- * 보험가입금액 1,000만원 기준
- * 계약일 : 2030년 7월 1일
- * 소장암(C17) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일
- * 식도암(C15) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일

진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
항암약물치료 (2031.10.1.) 암수술 (2031.8.1.)	암주요치료 미시행	암수술 (2036.12.1.) 항암방사선치료 (2036.9.1.)	암주요치료 미시행	항암약물치료 (2039.8.1.)	항암약물치료 (2040.11.1.)
2031년 1월1일	2032년 1월1일	2036년 1월1일	2037년 1월1일	2039년 1월1일	2040년 1월1일

구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
보험금	1,000만원	지급 대상 아님	1,000만원	지급 대상 아님	1,000만원	1,000만원

※ 2031년 1월1일 소장암(C17) 최초진단 이후 소장암(C17)이외의 암(유사암제외)을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상기간은 2031년 1월1일로부터 10년입니다.

※ 2031년 1월1일 소장암(C17) 최초진단 이후 소장암(C17)이외의 암(유사암제외)을 최초 진단받더라도 암 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 「암」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을

경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서 「기타피부암」 및 「갑상선암」을 제외한 질병(【별표14】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ④ 「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【'상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때'에서】

- 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

- ⑤ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부

위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(암주요치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「암주요치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.
 1. 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받은 경우
 2. 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「항암방사선치료」 또는 「항암약물 치료」를 받은 경우
- ② 「암주요치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
 1. 식이요법, 명상요법 등 「암」의 제거 또는 「암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 「암」이나 「암」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 제1호 내지 제3호 이외의 「암주요치료」와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)
- ③ 제 2항에도 불구하고 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 호스피스·완화의료 치료는 「암주요치료」로 봅니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술은 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외합니다.
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술

- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술
- ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)는 제외합니다.

제8조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 의료법 및 관련 법령이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

【 의료법 제3조의3(종합병원) 】

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
 1. 100개 이상의 병상을 갖추는 것
 2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 “필수진료과목”이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제9조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제10조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제11조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「암」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유

가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 보장개시일을 적용합니다.

제13조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제37조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「암」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」 이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제14조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-99. 유사암주요치료비(종합병원,진단후10년,연간1회한)보장 특별약관,
유사암주요치료비(종합병원,진단후10년,연간1회한)(태아보장)보장 특별약관

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

※ 유사암주요치료비(종합병원,진단후10년,연간1회한)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

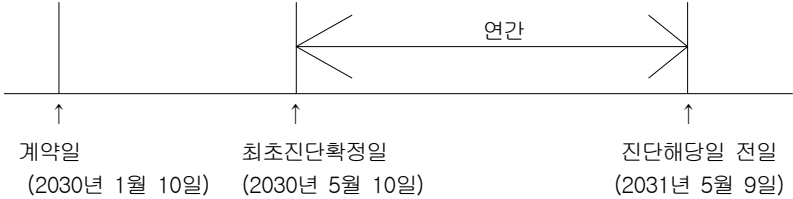
- ① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 최초 진단 확정되고, 「보험금 지급 대상기간」 이내에 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 종합병원에서 암주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 연간 1회에 한하여 유사암주요치료비(종합병원)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액
유사암주요치료비 (종합병원,진단후10년,연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 10회 지급)

- ② 제1항의 유사암주요치료는 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」(최초 진단과 상이한 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.
- ③ 제1항의 「보험금 지급 대상기간」이라 함은 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며, 암주요치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.
- ④ 제1항의 연간이라 함은 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」 최초 진단 확정일부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 진단해당일의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단해당일로 합니다.

【 예시 】

< 「연간」에 대한 예시>



【 유사암주요치료비(종합병원,진단후10년,연간1회한) 지급예시 】

- * 보험가입금액 100만원 기준
- * 계약일 : 2030년 7월 1일
- * 기타피부암(C44) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일
- * 갑상선암(C73) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일

진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
항암약물치료 (2031.10.1.) 암수술 (2031.8.1.)	암주요치료 미시행	암수술 (2036.12.1.) 항암방사선치료 (2036.9.1.)	암주요치료 미시행	항암약물치료 (2039.8.1.)	항암약물치료 (2040.11.1.)
2031년 1월1일	2032년 1월1일	2036년 1월1일	2037년 1월1일	2039년 1월1일	2040년 1월1일

구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
보험금	100만원	지급 대상 아님	100만원	지급 대상 아님	100만원	100만원

- ※ 2031년 1월1일 기타피부암(C44) 최초진단 이후 기타피부암(C44)이외의 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상기간은 2031년 1월1일로부터 10년입니다.
- ※ 2031년 1월1일 기타피부암(C44) 최초진단 이후 기타피부암(C44)이외의 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양을 최초 진단받더라도 암 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표16】『제자리신생물 분류표』참조)을 말합니다.
- ④ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표17】『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』참조)을 말합니다.
- ⑤ 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 진단 확정에는 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고

시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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 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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(암주요치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「암주요치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

적인 치료를 목적으로 「수술」을 받은 경우

2. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 「항암방사선치료」 또는 「항암약물치료」를 받은 경우를 받은 경우
- ② 「암주요치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
 1. 식이요법, 명상요법 등 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 5. 제1호 내지 제4호 이외의 「암주요치료」와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)
- ③ 제2항에도 불구하고 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 호스피스완화의료 치료는 「암주요치료」로 봅니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료 기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 「수술」은 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외합니다.
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주 입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
 - 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
 - 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
 - 기타 이와 유사한 시술
- ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험²⁵⁰⁴ 약관

가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)는 제외합니다.

제8조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 의료법 및 관련 법령이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

【 의료법 제3조의3(종합병원) 】

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
 1. 100개 이상의 병상을 갖추는 것
 2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
- ② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 “필수진료과목”이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 최초 진단확정을 받고 「보험

금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제37조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」 이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-100. 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원,진단후10년,연간1회한)보장 특별약관,
암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원,진단후10년,연간1회한)(태아보장)보장 특별약관

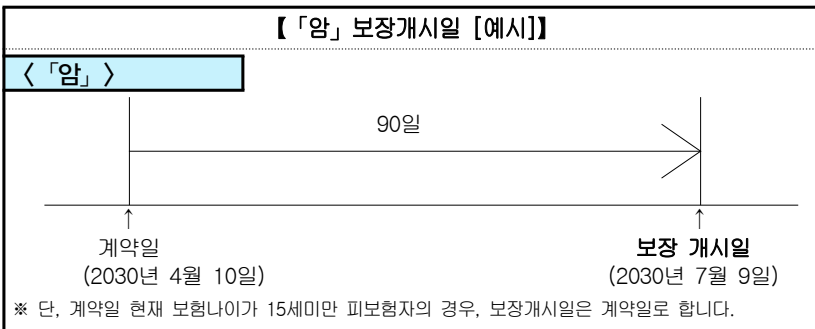
- ※ 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원,진단후10년,연간1회한)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후 「암」으로 최초 진단 확정되고, 「보험금 지급 대상기간」 이내에 「암」으로 상급종합병원에서 암주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 연간 1회에 한하여 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원)로 보험수익자에게 지급합니다.

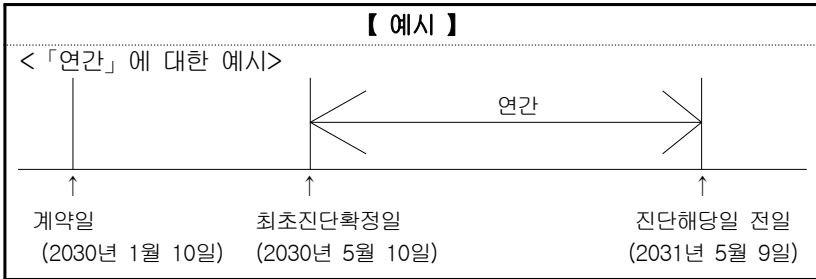
구 분	지급금액
암주요치료비(유사암제외) (상급종합병원,진단후10년,연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 10회 지급)

- ② 위 제1항의 암주요치료는 「암」(최초 진단과 상이한 「암」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.
- ③ 제1항의 「보장개시일」은 이 특별약관의 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 최초계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다.그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 보장개시일은 보험계약일로 합니다.



- ④ 제1항의 「보험금 지급 대상기간」이라 함은 「암」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며, 암주요치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.
- ⑤ 제1항의 연간이라 함은 「암」 최초 진단 확정일부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 진단해당일 의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단해당일

로 합니다.



【 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원,진단후10년,연간1회한) 지급예시 】

- * 보험가입금액 1,000만원 기준
- * 계약일 : 2030년 7월 1일
- * 소장암(C17) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일
- * 식도암(C15) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일

진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
항암약물치료 (2031.10.1.) 암수술 (2031.8.1.)	암주요치료 미시행	암수술 (2036.12.1.) 항암방사선치료 (2036.9.1.)	암주요치료 미시행	항암약물치료 (2039.8.1)	항암약물치료 (2040.11.1)
2031년 1월1일	2032년 1월1일	2036년 1월1일	2037년 1월1일	2039년 1월1일	2040년 1월1일

구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
보험금	1,000만원	지급 대상 아님	1,000만원	지급 대상 아님	1,000만원	1,000만원

※ 2031년 1월1일 소장암(C17) 최초진단 이후 소장암(C17)이외의 암(유사암제외)을 최초 진단 받더라도 보험금 지급대상기간은 2031년 1월1일로부터 10년입니다.

※ 2031년 1월1일 소장암(C17) 최초진단 이후 소장암(C17)이외의 암(유사암제외)을 최초 진단 받더라도 암 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 「암」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서 「기타피부암」 및 「갑상선암」을 제외한 질병(【별표14】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.
- ④ 「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【‘상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때’에서】

- 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

- ⑤ 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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(암주요치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「암주요치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.
1. 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받은 경우
 2. 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「항암방사선치료」 또는 「항암약물치료」를 받은 경우
- ② 「암주요치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
1. 식이요법, 명상요법 등 「암」의 제거 또는 「암」의 증식 억제를 위하여

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료

2. 면역력 강화 치료
 3. 「암」이나 「암」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 제1호 내지 제3호 이외의 「암주요치료」와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)
- ③ 제 2항에도 불구하고 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 호스피스완화의료 치료는 「암주요치료」로 봅니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술은 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외합니다.
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술

6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
 - 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
 - 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
 - 기타 이와 유사한 시술
- ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)는 제외합니다.

제8조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에 있어서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의 4(상급종합병원의 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 의료법 및 관련 법령이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

【 의료법 제3조의4(상급종합병원의 지정) 】

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제9조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제10조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제11조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「암」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 보장개시일을 적용합니다.

제13조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제37조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「암」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제14조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 제1절 일반조항을 따릅니다. 다만, 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

**[1종, 2종] 2-101. 유사암주요치료비(상급종합병원,진단후10년,연간1회한)보장 특별약관,
유사암주요치료비(상급종합병원,진단후10년,연간1회한)(태아보장)보장 특별약관**

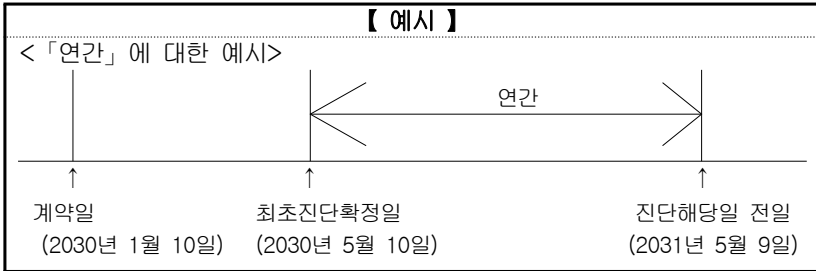
※ 유사암주요치료비(상급종합병원,진단후10년,연간1회한)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 최초 진단 확정되고, 「보험금 지급 대상기간」 이내에 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 상급종합병원에서 암주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 연간 1회에 한하여 유사암주요치료비(상급종합병원)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액
유사암주요치료비 (상급종합병원,진단후10년,연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 10회 지급)

- ② 제1항의 유사암주요치료는 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」(최초 진단과 상이한 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.
- ③ 제1항의 「보험금 지급 대상기간」이라 함은 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며, 암주요치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.
- ④ 제1항의 연간이라 함은 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」 최초 진단 확정일부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 진단해당일 의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단해당일로 합니다.



【 유사암주요치료비(상급종합병원,진단후10년,연간1회한) 지급예시 】

* 보험가입금액 100만원 기준
 * 계약일 : 2030년 7월 1일
 * 기타피부암(C44) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일
 * 갑상선암(C73) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일

진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
항암약물치료 (2031.10.1.) 암수술 (2031.8.1.)	암주요치료 미시행	암수술 (2036.12.1.) 항암방사선치료 (2036.9.1.)	암주요치료 미시행	항암약물치료 (2039.8.1)	항암약물치료 (2040.11.1)
2031년 1월1일	2032년 1월1일	2036년 1월1일	2037년 1월1일	2039년 1월1일	2040년 1월1일

구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
보험금	100만원	지급 대상 아님	100만원	지급 대상 아님	100만원	100만원

※ 2031년 1월1일 기타피부암(C44) 최초진단 이후 기타피부암(C44)이외의 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상기간은 2031년 1월 1일로부터 10년입니다.
 ※ 2031년 1월1일 기타피부암(C44) 최초진단 이후 기타피부암(C44)이외의 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양을 최초 진단받더라도 암 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표16】『제자리신생물 분류표』참조)을 말합니다.
- ④ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표17】『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』참조)을 말합니다.
- ⑤ 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 진단 확정에는 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고

시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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 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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(암주요치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「암주요치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

적인 치료를 목적으로 「수술」을 받은 경우

2. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 「항암방사선치료」 또는 「항암약물치료」를 받은 경우를 받은 경우

② 「암주요치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
5. 제1호 내지 제4호 이외의 「암주요치료」와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

③ 제2항에도 불구하고 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 호스피스완화의료 치료는 「암주요치료」로 봅니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료 기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 「수술」은 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외합니다.
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주 입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
 - 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
 - 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
 - 기타 이와 유사한 시술
- ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)는 제외합니다.

제8조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에 있어서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의 4(상급종합병원의 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 의료법 및 관련 법령이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

【 의료법 제3조의4(상급종합병원의 지정) 】

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
 1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추는 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제37조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」 이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

**[1종, 2종] 2-102. 암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,치료별연간1회한)보장 특별약관,
암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,치료별연간1회한)(태아보장)보장 특별약관**

※ 암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,치료별연간1회한)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

※ 암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,치료별연간1회한)보장 특별약관은 아래 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 암주요치료비(유사암제외)(암수술치료)(진단후10년,연간1회한)보장
- 암주요치료비(유사암제외)(암특정치료)(진단후10년,연간1회한)보장

제1조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후 「암」으로 최초 진단 확정되고, 「보험금 지급 대상기간」 이내에 「암」으로 암수술치료 또는 암특정치료를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 암수술치료 또는 암특정치료 각각 연간1회에 한하여 암주요치료비(유사암제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

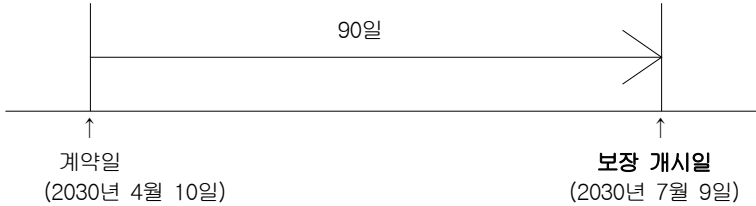
구 분	지급금액
1. 「암」으로 암수술치료를	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간1회한, 최대 10회 지급)
2. 「암」으로 암특정치료를	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간1회한, 최대 10회 지급)

② 제1항의 암주요치료는 「암」(최초 진단과 상이한 「암」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.

③ 제1항의 「보장개시일」은 이 특별약관의 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 최초계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 보장개시일은 보험계약일로 합니다.

【암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,치료별연간1회한) 보장개시일 [예시]】

< 「암」 >

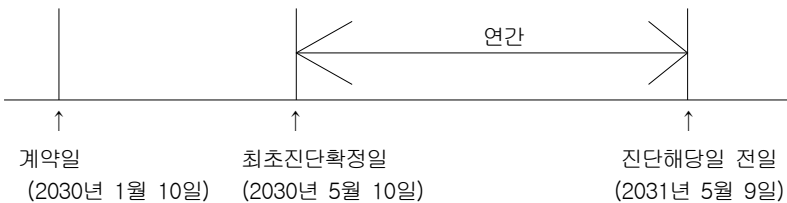


※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

- ④ 제1항의 「보험금 지급 대상기간」 이라 함은 「암」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며, 암주요치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.
- ⑤ 제1항의 연간이라 함은 「암」 최초 진단 확정일부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 진단해당일 의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단해당일로 합니다.

【 예시 】

< 「연간」에 대한 예시>



▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

【 암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,치료별연간1회한) 지급예시 】

- * 보험가입금액 1,000만원 기준
- * 계약일 : 2030년 7월 1일
- * 소장암(C17) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일
- * 식도암(C15) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일

진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
항암약물치료 (2031.10.1.) 암수술 (2031.8.1.)	암주요치료 미시행	암수술 (2036.12.1.) 항암방사선치료 (2036.9.1.)	암주요치료 미시행	항암약물치료 (2039.8.1.)	항암약물치료 (2040.11.1.)
2031년 1월1일	2032년 1월1일	2036년 1월1일	2037년 1월1일	2039년 1월1일	2040년 1월1일

구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
암수술치료 보험금	1,000만원	지급 대상 아님	1,000만원	지급 대상 아님	지급 대상 아님	지급 대상 아님
암특정치료 보험금	1,000만원	지급 대상 아님	1,000만원	지급 대상 아님	1,000만원	1,000만원

※ 2031년 1월1일 소장암(C17) 최초진단 이후 소장암(C17)이외의 암(유사암제외)을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상기간은 2031년 1월1일로부터 10년입니다.

※ 2031년 1월1일 소장암(C17) 최초진단 이후 소장암(C17)이외의 암(유사암제외)을 최초 진단받더라도 암 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

- ② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 「암」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서 「기타피부암」 및 「갑상선암」을 제외한 질병(【별표14】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ④ 「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때】에서】

- 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

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ⑤ 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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(암수술치료 및 암특정치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「암수술치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받은 경우를 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「암특정치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「항암방사선치료」 또는 「항암약물치료」를 받은 경우를 말합니다.
- ③ 「암수술치료」 및 「암특정치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
1. 식이요법, 명상요법 등 「암」의 제거 또는 「암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료

3. 「암」이나 「암」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 제1호 내지 제3호 이외의 「암수술치료」 또는 「암특정치료」와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)
- ④ 제3항에도 불구하고 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 호스피스완화의료 치료는 「암특정치료」로 봅니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술은 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외합니다.
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
 - 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
 - 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
 - 기타 이와 유사한 시술
- ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)는 제외합니다.

제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제9조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납

입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「암」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 보장개시일을 적용합니다.

제12조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제37조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「암」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」 이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출 방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

1종, 2종 2-103. 유사암주요치료비(진단후10년,치료별연간1회한)보장 특별약관, 유사암주요치료비(진단후10년,치료별연간1회한)(태아보장)보장 특별약관

※ 유사암주요치료비(진단후10년,치료별연간1회한)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

※ 유사암주요치료비(진단후10년,치료별연간1회한)보장 특별약관은 아래 2개의 세부 보장으로 구성되어 있습니다.

- 유사암주요치료비(암수술치료)(진단후10년,연간1회한)보장
- 유사암주요치료비(암특정치료)(진단후10년,연간1회한)보장

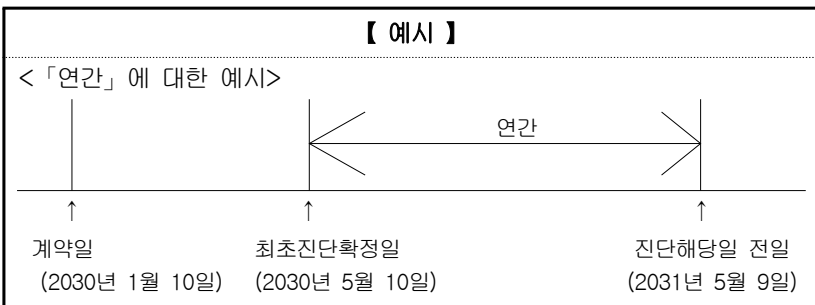
제1조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 최초 진단 확정되고, 「보험금 지급 대상기간」 이내에 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 암수술치료 또는 암특정치료를 받은 경우 아래에서 정한

금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 암수술치료 또는 암특정치료 각각 연간1회에 한하여 유사암주요치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액
1. 「유사암」으로 암수술치료시	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간1회한, 최대 10회 지급)
2. 「유사암」으로 암특정치료시	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간1회한, 최대 10회 지급)

- ② 제1항의 유사암주요치료는 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」(최초 진단과 상이한 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.
- ③ 제1항의 「보험금 지급 대상기간」이라 함은 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며, 암주요치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.
- ④ 제1항의 연간이라 함은 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」 최초 진단 확정일부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 진단해당일 의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단해당일로 합니다.



▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

【 유사암주요치료비(진단후10년,치료별연간1회한) 지급에서 】

- * 보험가입금액 100만원 기준
- * 계약일 : 2030년 7월 1일
- * 기타피부암(C44) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일
- * 갑상선암(C73) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일

진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
항암약물치료 (2031.10.1.) 암수술 (2031.8.1.)	항암약물치료 (2031.10.1.) 암주요치료 미시행	항암약물치료 (2031.10.1.) 암수술 (2036.12.1.) 항암방사선치료 (2036.9.1.)	항암약물치료 (2031.10.1.) 암주요치료 미시행	항암약물치료 (2039.8.1.)	항암약물치료 (2040.11.1.)
2031년 1월1일	2032년 1월1일	2036년 1월1일	2037년 1월1일	2039년 1월1일	2040년 1월1일

구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
암수술치료 보험금	100만원	지급 대상 아님	100만원	지급 대상 아님	지급 대상 아님	지급 대상 아님
암특정치료 보험금	100만원	지급 대상 아님	100만원	지급 대상 아님	100만원	100만원

※ 2031년 1월1일 기타피부암(C44) 최초진단 이후 기타피부암(C44)이외의 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상기간은 2031년 1월 1일로부터 10년입니다.

※ 2031년 1월1일 기타피부암(C44) 최초진단 이후 기타피부암(C44)이외의 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양을 최초 진단받더라도 암 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규

정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

- ② 피보험자가 보험기간 중 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표16】『제자리신생물 분류표』참조)을 말합니다.
- ④ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표17】『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』참조)을 말합니다.
- ⑤ 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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 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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(암수술치료 및 암특정치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「암수술치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받은 경우를 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「암특정치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「항암방사선치료」 또는 「항암약물치료」를 받은 경우를 말합니다.

- ③ 「암수술치료」 및 「암특정치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
1. 식이요법, 명상요법 등 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 제거 또는 증식 억제에 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 5. 제1호 내지 제4호 이외의 「암수술치료」 또는 「암특정치료」와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)
- ④ 제3항에도 불구하고 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 호스피스완화의료 치료는 「암특정치료」로 봅니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 「수술」은 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없

는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)는 제외합니다.

제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제9조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제10조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제37조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」 이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-104. 암주요치료비(유사암제외)(종합병원,진단후10년,치료별연간1회한)보장 특별약관,
암주요치료비(유사암제외)(종합병원,진단후10년,치료별연간1회한)(태아보장)보장 특별약관

※ 암주요치료비(유사암제외)(종합병원,진단후10년,치료별연간1회한)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전 자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

※ 암주요치료비(유사암제외)(종합병원,진단후10년,치료별연간1회한)보장 특별약관은 아래 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 암주요치료비(유사암제외)(암수술치료)(종합병원,진단후10년,연간1회한)보장
- 암주요치료비(유사암제외)(암특정치료)(종합병원,진단후10년,연간1회한)보장

제1조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후 「암」으로 최초 진단 확정되고, 「보험금 지급 대상기간」 이내에 「암」으로 종합병원에서 암수술치료 또는 암특정치료를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단 확정일로부터 최대 10년간 암수술치료 또는 암특정치료 각각 연간1회에 한하여 암주요치료비(유사암제외)(종합병원)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액
1. 「암」으로 종합병원에서 암수술 치료시	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간1회한, 최대 10회 지급)
2. 「암」으로 종합병원에서 암특정 치료시	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간1회한, 최대 10회 지급)

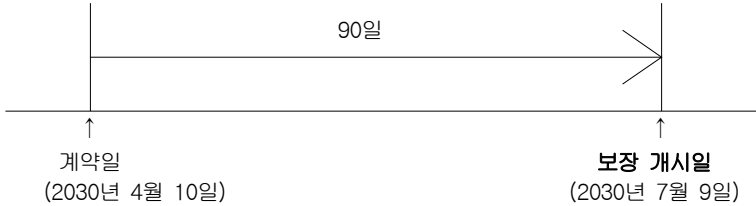
② 제1항의 암주요치료는 「암」(최초 진단과 상이한 「암」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.

③ 제1항의 「보장개시일」은 이 특별약관의 최초계약일부터 그 날을 포함하

여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 최초계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 보장개시일은 보험계약일로 합니다.

【암주요치료비(유사암제외)(종합병원,진단후10년,치료별연간1회한) 보장개시일 [예시】

< 「암」 >

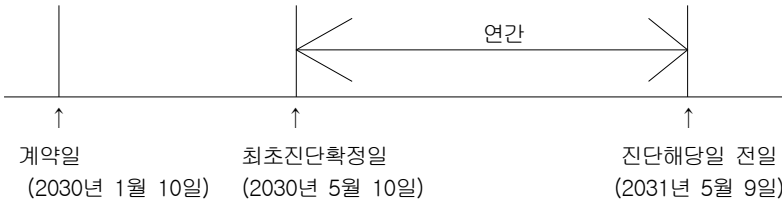


※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.

- ④ 제1항의 「보험금 지급 대상기간」 이라 함은 「암」 의 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며, 암주요치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.
- ⑤ 제1항의 연간이라 함은 「암」 최초 진단 확정일부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 진단해당일 의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단해당일로 합니다.

【 예시 】

< 「연간」 에 대한 예시>



▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

【 암주요치료비(유사암제외)(종합병원,진단후10년,치료별연간1회한) 지급예시 】

- * 보험가입금액 1,000만원 기준
- * 계약일 : 2030년 7월 1일
- * 소장암(C17) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일
- * 식도암(C15) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일

진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
항암약물치료 (2031.10.1.) 암수술 (2031.8.1.)	암주요치료 미시행	암수술 (2036.12.1.) 항암방사선치료 (2036.9.1.)	암주요치료 미시행	항암약물치료 (2039.8.1.)	항암약물치료 (2040.11.1.)
2031년 1월1일	2032년 1월1일	2036년 1월1일	2037년 1월1일	2039년 1월1일	2040년 1월1일

구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
암수술치료 보험금	1,000만원	지급 대상 아님	1,000만원	지급 대상 아님	지급 대상 아님	지급 대상 아님
암특정치료 보험금	1,000만원	지급 대상 아님	1,000만원	지급 대상 아님	1,000만원	1,000만원

※ 2031년 1월1일 소장암(C17) 최초진단 이후 소장암(C17)이외의 암(유사암제외)을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상기간은 2031년 1월1일로부터 10년입니다.

※ 2031년 1월1일 소장암(C17) 최초진단 이후 소장암(C17)이외의 암(유사암제외)을 최초 진단받더라도 암 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

- ② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 「암」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서 「기타피부암」 및 「갑상선암」을 제외한 질병(【별표14】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ④ 「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때】에서】

- 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

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ⑤ 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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(암수술치료 및 암특정치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「암수술치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받은 경우를 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「암특정치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「항암방사선치료」 또는 「항암약물치료」를 받은 경우를 말합니다.
- ③ 「암수술치료」 및 「암특정치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
1. 식이요법, 명상요법 등 「암」의 제거 또는 「암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 「암」이나 「암」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 제1호 내지 제3호 이외의 「암수술치료」 또는 「암특정치료」와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

- ④ 제3항에도 불구하고 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 호스피스완화의료 치료는 「암특정치료」로 봅니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술은 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외합니다.
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 전자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)는 제외합니다.

제8조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 의료법 및 관련 법령이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

【 의료법 제3조의3(종합병원) 】

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
 1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
 2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의

학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
- ② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 “필수진료과목”이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제10조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제11조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「암」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 보장개시일을 적용합니다.

제13조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제37조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「암」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」 이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제14조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-105. 유사암주요치료비(종합병원,진단후10년,치료별연간1회한)보장 특별약관,
유사암주요치료비(종합병원,진단후10년,치료별연간1회한)(태아보장)보장 특별약관

- ※ 유사암주요치료비(종합병원,진단후10년,치료별연간1회한)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

※ 유사암주요치료비(종합병원,진단후10년,치료별연간1회한)보장 특별약관은 아래 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 유사암주요치료비(암수술치료)(종합병원,진단후10년,연간1회한)보장
- 유사암주요치료비(암특정치료)(종합병원,진단후10년,연간1회한)보장

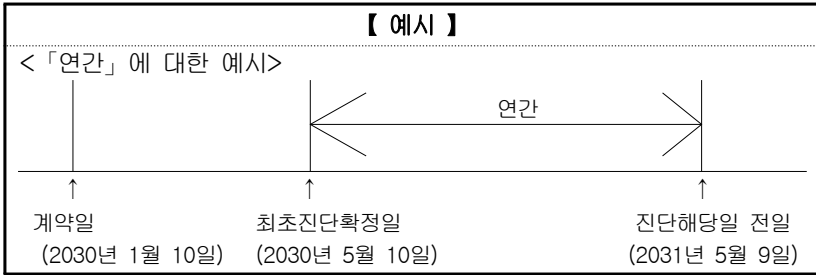
제1조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 최초 진단 확정되고, 「보험금 지급 대상기간」 이내에 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 종합병원에서 암수술치료 또는 암특정치료를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 암수술치료 또는 암특정치료 각각 연간1회에 한하여 유사암주요치료비(종합병원)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액
1. 「유사암」으로 종합병원에서 암수술 치료시	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간1회한, 최대 10회 지급)
2. 「유사암」으로 종합병원에서 암특정 치료시	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간1회한, 최대 10회 지급)

- ② 제1항의 유사암주요치료는 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」(최초 진단과 상이한 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.
- ③ 제1항의 「보험금 지급 대상기간」이라 함은 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며, 암주요치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.
- ④ 제1항의 연간이라 함은 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」 최초 진단 확정일부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 진단해당일 의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단해당일로 합니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관



【 유사암주요치료비(종합병원,진단후10년,치료별연간1회한) 지급예시 】

* 보험가입금액 100만원 기준
 * 계약일 : 2030년 7월 1일
 * 기타피부암(C44) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일
 * 갑상선암(C73) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일

진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
항암약물치료 (2031.10.1.) ↓ 암수술 (2031.8.1.)	암주요치료 미시행	암수술 (2036.12.1.) ↓ 항암방사선치료 (2036.9.1.)	암주요치료 미시행	항암약물치료 (2039.8.1.) ↓	항암약물치료 (2040.11.1.) ↓
2031년 1월1일	2032년 1월1일	2036년 1월1일	2037년 1월1일	2039년 1월1일	2040년 1월1일

구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
암수술치료 보험금	100만원	지급 대상 아님	100만원	지급 대상 아님	지급 대상 아님	지급 대상 아님
암특정치료 보험금	100만원	지급 대상 아님	100만원	지급 대상 아님	100만원	100만원

※ 2031년 1월1일 기타피부암(C44) 최초진단 이후 기타피부암(C44)이외의 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상기간은 2031년 1월 1일로부터 10년입니다.

※ 2031년 1월1일 기타피부암(C44) 최초진단 이후 기타피부암(C44)이외의 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양을 최초 진단받더라도 암 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표16】『제자리신생물 분류표』참조)을 말합니다.
- ④ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표17】『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』참조)을 말합니다.
- ⑤ 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 진단 확정에는 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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 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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(암수술치료 및 암특정치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「암수술치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받은 경우를 말합니다.

- ② 이 특별약관에서 「암특정치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「항암방사선치료」 또는 「항암약물치료」를 받은 경우를 말합니다.
- ③ 「암수술치료」 및 「암특정치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
1. 식이요법, 명상요법 등 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 5. 제1호 내지 제4호 이외의 「암수술치료」 또는 「암특정치료」와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)
- ④ 제3항에도 불구하고 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 호스피스완화의료 치료는 「암특정치료」로 봅니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료 기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 「수술」은 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외합니다.
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 전자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
 - 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
 - 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
 - 기타 이와 유사한 시술
- ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을

가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)는 제외합니다.

제8조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 의료법 및 관련 법령이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

【 의료법 제3조의3(종합병원) 】

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
 1. 100개 이상의 병상을 갖춘 것
 2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
- ② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 “필수진료과목”이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제37조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」 이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-106. 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원, 진단후10년, 치료별연간1회한)보장 특별약관,
암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원, 진단후10년, 치료별연간1회한)(태아보장)보장 특별약관

※ 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원, 진단후10년, 치료별연간1회한)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생 전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

※ 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원, 진단후10년, 치료별연간1회한)보장 특별약관은 아래 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 암주요치료비(유사암제외)(암수술치료)(상급종합병원, 진단후10년, 연간1회한)보장
- 암주요치료비(유사암제외)(암특정치료)(상급종합병원, 진단후10년, 연간1회한)보장

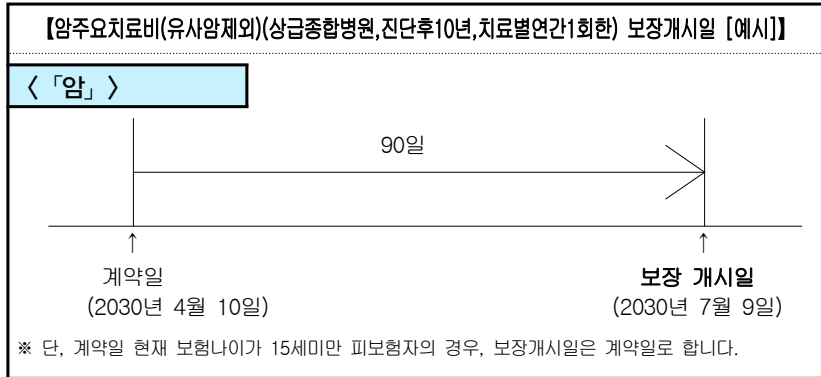
제1조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후 「암」으로 최초 진단 확정되고, 「보험금 지급 대상기간」 이내에 「암」으로 상급종합병원에서 암수술치료 또는 암특정치료를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 암수술치료 또는 암특정치료 각각 연간1회에 한하여 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원)로 보험수익자에게 지급합니다.

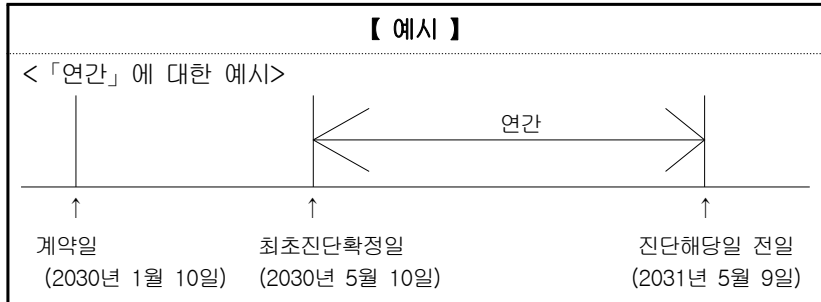
구 분	지급금액
1. 「암」으로 상급종합병원에서 암수술치료시	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간1회한, 최대 10회 지급)
2. 「암」으로 상급종합병원에서 암특정치료시	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간1회한, 최대 10회 지급)

② 위 제1항의 암주요치료는 「암」(최초 진단과 상이한 「암」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.

③ 제1항의 「보장개시일」은 이 특별약관의 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 최초계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 보장개시일은 보험계약일로 합니다.



- ④ 제1항의 「보험금 지급 대상기간」 이라 함은 「암」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며, 암주요치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.
- ⑤ 제1항의 연간이라 함은 「암」 최초 진단 확정일부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 진단해당일 의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단해당일로 합니다.



【 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원,진단후10년,치료별연간1회한) 지급예시 】

- * 보험가입금액 1,000만원 기준
- * 계약일 : 2030년 7월 1일
- * 소장암(C17) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일
- * 식도암(C15) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일

진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
항암약물치료 (2031.10.1.) 암수술 (2031.8.1.)	암주요치료 미시행	암수술 (2036.12.1.) 항암방사선치료 (2036.9.1.)	암주요치료 미시행	항암약물치료 (2039.8.1)	항암약물치료 (2040.11.1)
2031년 1월1일	2032년 1월1일	2036년 1월1일	2037년 1월1일	2039년 1월1일	2040년 1월1일

구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
암수술치료 보험금	1,000만원	지급 대상 아님	1,000만원	지급 대상 아님	지급 대상 아님	지급 대상 아님
암특정치료 보험금	1,000만원	지급 대상 아님	1,000만원	지급 대상 아님	1,000만원	1,000만원

- ※ 2031년 1월1일 소장암(C17) 최초진단 이후 소장암(C17)이외의 암(유사암제외)을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상기간은 2031년 1월1일로부터 10년입니다.
- ※ 2031년 1월1일 소장암(C17) 최초진단 이후 소장암(C17)이외의 암(유사암제외)을 최초 진단받더라도 암 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 「암」의 최초 진단확정 후

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

보험기간이 만료되더라도 「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서 「기타피부암」 및 「갑상선암」을 제외한 질병(【별표14】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ④ 「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【‘상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때’에서】

- 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

- ⑤ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위

한 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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(암수술치료 및 암특정치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「암수술치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받은 경우를 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「암특정치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「항암방사선치료」 또는 「항암약물치료」를 받은 경우를 말합니다.
- ③ 「암수술치료」 및 「암특정치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
 1. 식이요법, 명상요법 등 「암」의 제거 또는 「암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 「암」이나 「암」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 제1호 내지 제3호 이외의 「암수술치료」 또는 「암특정치료」와 관련이

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

- ④ 제3항에도 불구하고 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 호스피스완화의료 치료는 「암특정치료」로 봅니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술은 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외합니다.
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢查) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료(암노바, 헬릭소, 셀레나제 등)는 제외합니다.

제8조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에 있어서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의 4(상급종합병원의 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 의료법 및 관련 법령이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

【 의료법 제3조의4(상급종합병원의 지정) 】

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
 1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추는 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제10조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정 되는 경우

2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우, 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제11조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「암」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 보장개시일을 적용합니다.

제13조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제37조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「암」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」 이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제14조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

**[1종, 2종] 2-107. 유사암주요치료비(상급종합병원,진단후10년,치료별연간1회한)보장 특별약관,
유사암주요치료비(상급종합병원,진단후10년,치료별연간1회한)(태아보장보장) 특별약관**

※ 유사암주요치료비(상급종합병원, 진단후10년, 치료별연간1회한)(태아보장) 보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

※ 유사암주요치료비(상급종합병원,진단후10년,치료별연간1회한)보장 특별약관은 아래 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

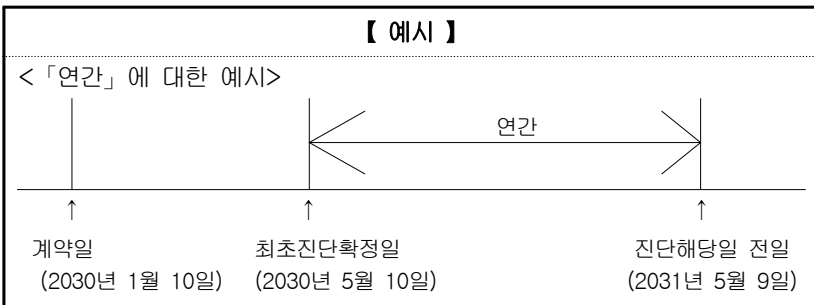
- 유사암주요치료비(암수술치료)(상급종합병원, 진단후10년,연간1회한)보장
- 유사암주요치료비(암특정치료)(상급종합병원,진단후10년,연간1회한)보장

제1조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 최초 진단 확정되고, 「보험금 지급 대상기간」 이내에 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 상급종합병원에서 암수술치료 또는 암특정치료를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 암수술치료 또는 암특정치료 각각 연간1회에 한하여 유사암주요치료비(상급종합병원)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액
1. 「유사암」으로 상급종합병원에서 암수술치료시	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간1회한, 최대 10회 지급)
2. 「유사암」으로 상급종합병원에서 암특정치료시	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간1회한, 최대 10회 지급)

- ② 제1항의 유사암주요치료는 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」(최초 진단과 상이한 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.
- ③ 제1항의 「보험금 지급 대상기간」이라 함은 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며, 암주요치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.
- ④ 제1항의 연간이라 함은 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」 최초 진단 확정일부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 진단해당일 의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단해당일로 합니다.



▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

【 유사암주요치료비(상급종합병원,진단후10년,치료별연간1회한) 지급예시 】

- * 보험가입금액 100만원 기준
- * 계약일 : 2030년 7월 1일
- * 기타피부암(C44) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일
- * 갑상선암(C73) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일

진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
항암약물치료 (2031.10.1.) 암수술 (2031.8.1.)	항암주요치료 미시행	암수술 (2036.12.1.) 항암방사선치료 (2036.9.1.)	항암주요치료 미시행	항암약물치료 (2039.8.1.)	항암약물치료 (2040.11.1.)
2031년 1월1일	2032년 1월1일	2036년 1월1일	2037년 1월1일	2039년 1월1일	2040년 1월1일

구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
암수술치료 보험금	100만원	지급 대상 아님	100만원	지급 대상 아님	지급 대상 아님	지급 대상 아님
암특정치료 보험금	100만원	지급 대상 아님	100만원	지급 대상 아님	100만원	100만원

※ 2031년 1월1일 기타피부암(C44) 최초진단 이후 기타피부암(C44)이외의 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상기간은 2031년 1월 1일로부터 10년입니다.

※ 2031년 1월1일 기타피부암(C44) 최초진단 이후 기타피부암(C44)이외의 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양을 최초 진단받더라도 암 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규

정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

- ② 피보험자가 보험기간 중 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표16】『제자리신생물 분류표』참조)을 말합니다.
- ④ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표17】『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』참조)을 말합니다.
- ⑤ 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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 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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(암수술치료 및 암특정치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「암수술치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받은 경우를 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「암특정치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「항암방사선치료」 또는 「항암약물치료」를 받은 경우를 말합니다.

- ③ 「암수술치료」 및 「암특정치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
1. 식이요법, 명상요법 등 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 제거 또는 증식 억제에 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 5. 제1호 내지 제4호 이외의 「암수술치료」 또는 「암특정치료」와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)
- ④ 제3항에도 불구하고 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 호스피스완화의료 치료는 「암특정치료」로 봅니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료 기관에서 행한 것에 한합니다.

- ④ 제1항의 「수술」은 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외합니다.
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요

법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)는 제외합니다.

제8조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에 있어서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의 4(상급종합병원의 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 의료법 및 관련 법령이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

【 의료법 제3조의4(상급종합병원의 지정) 】

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
 1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무를 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제37조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」 이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-108. 암특정재활치료비(급여)(1일1회,연간10회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 다음 중 어느 한가지에 해당하는 사유가 발생한 경우에는 각각 1일 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 암특정재활치료비(급여)(1일1회,연간10회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.
 1. 이 특별약관의 보험기간 중에 제3항에서 정한 보장개시일 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 확정되고, 입원하여 「암특정재활치료(급여)」를 받은 경우
 2. 이 특별약관의 보험기간 중에 제3항에서 정한 보장개시일 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 확정되고, 통원하여 「암특정재활치료(급여)」를 받은 경우
- ② 제1항에도 불구하고 암특정재활치료비(급여)(1일1회,연간10회한)는 입원 또는 통원하여 받은 「암특정재활치료(급여)」 횟수를 합산하여 연간 10회 한도로 하며, 한도 산정 기준일자는 치료개시일(해당 질병의 진료를 위하여 최초로 내원(입원을 포함합니다)한 날을 말합니다)로 합니다.
- ③ 제1항의 보장개시일은 이 특별약관의 보험계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 보장개시일은 보험계약일로 합니다.

【 보장개시일 [예시] 】	
90일 보장 제외	보험가입금액의 100%
↑ 최초계약일 (2030년 4월 10일)	↑ 보장 개시일 (2030년 7월 9일)
※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.	

- ④ 제1항의 「연간」 이라 함은 보험계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.
- ⑤ 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서 「기타피부암」 및 「갑상선암」을 제외한 질병(【별표14】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ④ 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

- ⑤ 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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(암특정재활치료(급여)의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「암특정재활치료(급여)」라 함은 암 자체 또는 암 치료로 인한 구조적 손상과 기능적 장애를 치료하기 위하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사의 자격증을 가진 자에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 【별표50】 (『암특정재활치료(급여) 분류표』)에서 정한 암특정재활치료 대상 「수가코드」를 말합니다.
- ② 「암특정재활치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험²⁵⁰⁴ 약관

우를 말합니다.

- ③ 제1항의 「암특정재활치료(급여)」은 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「암특정재활치료(급여)」 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 「암특정재활치료(급여)」 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(입원 및 통원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자(이하 「의사」라 함)에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 의사에 의하여 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에 입실하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 「의료기관」이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료확인서("재활치료의 원인" 필수 기재), 진료비세부내역서(건강보험심사평가원진료수가코드(EDI) 필수 기재), 진단서, 진료기록부 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실이 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제9조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험²⁵⁰⁴ 약관

따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 보장개시일을 적용합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-109. 암특정통증완화치료비(기타피부암/갑상선암제외)(급여)(연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 「암」으로 진단 확정되고, 그 「암」으로 인한 통증완화를 목적으로 「암특정통증완화치료(급여)」를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 암특정통증완화치료비(기타피부암/갑상선암제외)(급여)(연간1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 「암」에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 보험계약일부터 그날

을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 보장개시일은 보험계약일로 합니다.

【「암」에 대한 보장개시일 [예시]】	
90일 보장 제외	보험가입금액의 100%
↑ 최초계약일 (2030년 4월 10일)	↑ 「암」 보장 개시일 (2030년 7월 9일)
※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.	

- ③ 제1항의 「연간」이라 함은 보험계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.
- ④ 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서 「기타피부암」 및 「갑상선암」을 제외한 질병(【별표14】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

제외합니다.

- ② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.
- ④ 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

- ⑤ 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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시]

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에

해당하는 질병으로 봅니다

- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(암특정통증완화치료(급여)의 정의)

① 이 특별약관에서 「암특정통증완화치료(급여)」라 함은 피보험자가 진단 확정된 「암」으로 인한 통증완화를 목적으로 아래 중 어느 하나에 해당하는 치료를 받은 경우를 말합니다.

1. 신경차단·파괴술(급여)을 받은 경우 : 이 특별약관에서 「신경차단·파괴술(급여)」라 함은 【별표51】(신경차단·파괴술 분류표)에서 정한 신경차단·파괴치료(급여) 대상 「수가코드」를 말하며, 해당 진료행위의 기준일자는 치료개시일(해당 질병의 진료를 위하여 최초로 내원(입원을 포함합니다)한 날을 말합니다)로 합니다.
2. 마약성진통제(급여)를 연간 30일 이상 처방 받은 경우 : 이 특별약관에서 「마약성진통제(급여)」라 함은 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」에서 정한 분류번호 중 아래의 「약효분류번호」에 해당하는 약제를 말하며, 「연간 30일 이상 처방」이라 함은 「마약성진통제(급여)」의 연간 처방일수(주사 등 내복 외의 방법으로 동일한 날 2회 이상 「마약성진통제(급여)」를 투여한 경우에도 처방일수 1일로 적용합니다)를 합산하여 30일 이상인 경우를 말하며 처방일수 합산시 기준일자는 「마약성진통제(급여)」를 처방받은 날로 합니다.

【 마약성진통제(급여)】

- 약효분류번호 800, 810, 811, 812, 820, 821, 829, 890에 해당하는 약제
- 상기 약효분류는 건강보험심사평가원이 고시하는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」과 진료심사평가위원회가 심의·결정한 「심사지침」에서 정한 마약성 진통제 분류기준을 따릅니다.

② 제1항의 「암특정통증완화치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

- ③ 제1항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」과 진료심사평가위원회가 심의·결정한 「심사지침」의 개정에 따라 제1항의 「수가코드」 및 「약효분류번호」가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.
- ④ 제1항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」과 진료심사평가위원회가 심의·결정한 「심사지침」 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」과 진료심사평가위원회가 심의·결정한 「심사지침」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 - 1. 청구서(회사 양식)
 - 2. 사고증명서
 - 가. "신경차단·파괴술(급여)"을 받은 경우 : 진료확인서("통증의 원인" 필수 기재), 진단서, 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료 수가코드(EDI)" 필수 기재), 진료기록부 등
 - 나. "마약성진통제(급여)"를 "연간 30일 이상 처방"받은 경우 : 진료확인서("통증의 원인" 필수 기재), 진단서, 진료기록부, 요양급여비

용 명세서("병명" 및 "총 투여일수" 필수 기재) 등

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제8조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험²⁵⁰⁴ 약관

는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-110. 항암방사선치료비(최초1회한)보장 특별약관, 항암방사선치료비(최초1회한)(태아보장)보장 특별약관

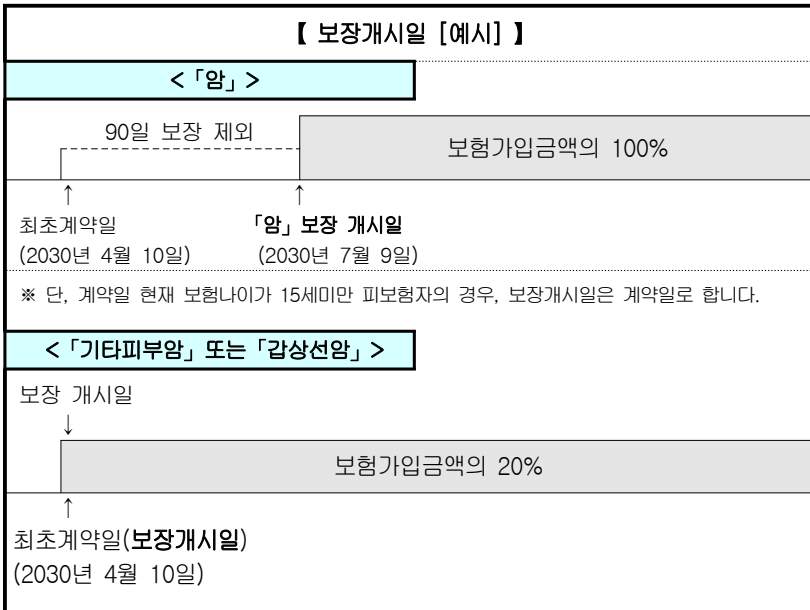
※ 항암방사선치료비(최초1회한)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제3항에서 정한 보장개시일 이후 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 항암방사선치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액
1. 「암」으로 항암방사선치료시	이 특별약관 보험가입금액의 100%
2. 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 항암방사선치료시	이 특별약관 보험가입금액의 20%

- ② 다만, 「암」으로 제1항 제1호의 항암방사선치료비를 지급 받은 이후에 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 확정시에는 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 항암방사선치료비를 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항의 「보장개시일」은 「암」의 경우 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 보장개시일은 보험계약일로 합니다.



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서 「기타피부암」 및 「갑상선암」을 제외한 질병(【별표14】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』참조)을 말합니다.

다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

- ② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

- ③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.

- ④ 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

- ⑤ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부

위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

한 보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정 되는 경우

2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호에서 정한 「암」으로 항암방사선 치료비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 보장개시일을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 2-111. 항암약물치료비(최초1회한)보장 특별약관,
항암약물치료비(최초1회한)(태아보장)보장 특별약관

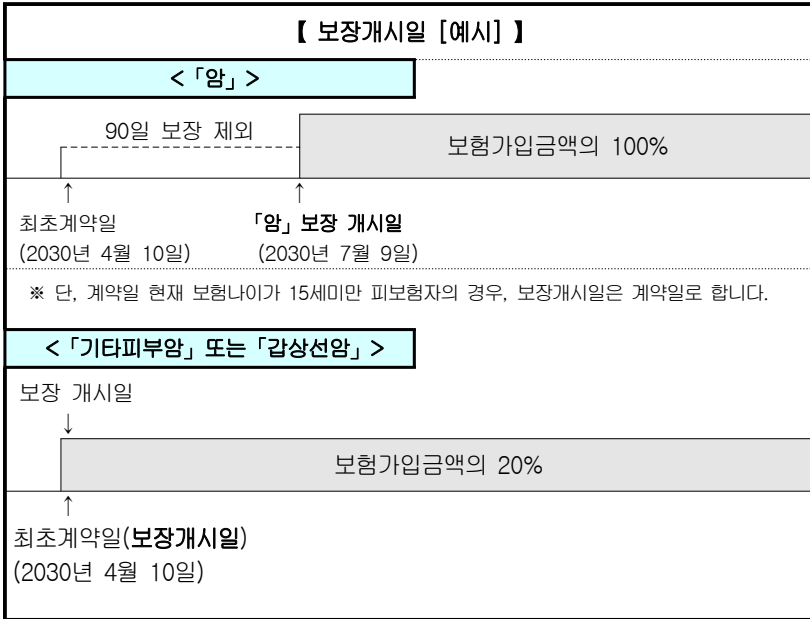
※ 항암약물치료비(최초1회한)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때
에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제3
항에서 정한 보장개시일 이후 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으
로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암약물치료를 받은 경
우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 항암약물치료비로
보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액
1. 「암」으로 항암약물 치료시	이 특별약관 보험가입금액의 100%
2. 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 항암약물 치료시	이 특별약관 보험가입금액의 20%

- ② 다만, 「암」으로 제1항 제1호의 항암약물치료비를 지급 받은 이후에 「기
타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 확정시에는 「기타피부암」 또는
「갑상선암」의 항암약물치료비를 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항의 「보장개시일」은 「암」의 경우 이 특별약관의 보험계약일(이하
「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다
음날로 하며, 「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일은 보험계
약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받
은 날을 말합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만
피보험자의 경우 보장개시일은 보험계약일로 합니다.



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서 「기타피부암」 및 「갑상선암」을 제외한 질병(【별표14】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』 참조)을 말합니다.

다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

- ② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.
- ④ 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

- ⑤ 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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다

- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법(의학계에서 항암약물과 동일한 치료효과가 있다고 인정하는 면역요법에 한함)에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호에서 정한 「암」으로 항암약물치료를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 보장개시일을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 2-112. 항암방사선·약물치료비(연간1회한)보장 특별약관,
항암방사선·약물치료비(연간1회한)(태아보장)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선·약물치료를 받은 경우에는 각각 연간1회한에 한하여 아래의 금액을 항암방사선·약물치료비(연간1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

구 분	지급금액
1. 「암」으로 항암방사선·약물치료시	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간1회한)
2. 「기타피부암」으로 항암방사선·항암약물치료시	이 특별약관 보험가입금액의 20% (연간1회한)
3. 「갑상선암」으로 항암방사선·항암약물치료시	이 특별약관 보험가입금액의 20% (연간1회한)

- ② 제1항의 「보장개시일」은 「암」의 경우 이 특별약관의 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험 계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 보장개시일은 보험계약일로 합니다.

【 보장개시일 [예시] 】	
< 「암」 >	
90일 보장 제외	보험가입금액의 100%
↑ 최초계약일 (2030년 4월 10일)	↑ 「암」 보장 개시일 (2030년 7월 9일)
※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.	
< 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 >	
보장 개시일	보험가입금액의 20%
↓	
↑ 최초계약일(보장개시일) (2030년 4월 10일)	

- ③ 제1항의 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ④ 제1항의 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
- ⑤ 제1항의 「연간」이라 함은 보험계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암, 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표78】『악성신생물(암) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)와 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병은 제외합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표78】『악성신생물(암) 분류표』참조)을 말합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

병(【별표78】『악성신생물(암) 분류표』 참조)을 말합니다.

- ④ 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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
- ⑤ 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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험²⁵⁰⁴ 약관

납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 2-113. 항암방사선치료비(치료당)보장 특별약관, 항암방사선치료비(치료당)(태아보장)보장 특별약관

※ 항암방사선치료비(치료당)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 확정되고, 그 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우에는 치료당 아래에 정한 금액을 항암방사선치료비(치료당)로 보험수익자에게 지급합니다.

구분	지급금액
1. 「암」으로 항암방사선 치료시	이 특별약관 보험가입금액의 100%
2. 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 항암방사선 치료시	이 특별약관 보험가입금액의 20%

- ② 제1항의 「보장개시일」은 「암」의 경우 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만

피보험자의 경우 보장개시일은 보험계약일로 합니다.

【 항암방사선치료비 보장개시일 [예시] 】	
< 「암」 >	
90일 보장 제외	보험가입금액의 100%
↑ 최초계약일 (2030년 4월 10일)	↑ 「암」 보장 개시일 (2030년 7월 9일)
※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.	
< 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 >	
보장 개시일	보험가입금액의 20%
↓	
↑ 최초계약일(보장개시일) (2030년 4월 10일)	

- ③ 제1항의 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

악성신생물(암)로 분류되는 질병에서 「기타피부암」 및 「갑상선암」을 제외한 질병(【별표14】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』참조)을 말합니다.

다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

- ② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ④ 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

- ⑤ 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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시

점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

**[1종, 2종] 2-114. 항암약물치료비(치료당)보장 특별약관,
항암약물치료비(치료당)(태아보장)보장 특별약관**

※ 항암약물치료비(치료당)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제3항에서 정한 보장개시일 이후 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 항암약물치료(주사제)를 받은 경우에는 치료당 아래의 금액을 항암약물치료비(치료당)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액
「암」으로 항암약물치료(주사제)시	이 특별약관 보험가입금액의 100%
「기타피부암」 또는 「갑상선암」 으로 항암약물치료(주사제)시	이 특별약관 보험가입금액의 20%

- ② 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제3항에서 정한 보장개시일 이후 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암약물치료(주사제 외)를 받은 경우에는 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 각각 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 항암약물치료비(치료당)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액
「암」으로 항암약물치료 (주사제 외)시	이 특별약관 보험가입금액의 100%
「기타피부암」으로 항암약물치료(주사제 외)시	이 특별약관 보험가입금액의 20%
「갑상선암」으로 항암약물치료(주사제 외)시	이 특별약관 보험가입금액의 20%

- ③ 제1항의 「보장개시일」은 「암」의 경우 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 보장개시일은 보험계약일로 합니다.

【 항암약물치료비 보장개시일 [예시] 】	
< 「암」 >	
90일 보장 제외	보험가입금액의 100%
↑ 최초계약일 (2030년 4월 10일)	↑ 「암」 보장 개시일 (2030년 7월 9일)
※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.	
< 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 >	
보장 개시일	보험가입금액의 20%
↓	
↑ 최초계약일(보장개시일) (2030년 4월 10일)	

- ④ 이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
- ⑤ 이 특별약관에서 「주사제」라 함은 소화관 대신 피부, 점막 등 외부경계 조직을 통해서 혈관, 근육, 장기, 조직, 병변 등에 직접적으로 투여하는 약제를 말합니다.
- ⑥ 이 특별약관에서 「주사제 외」라 함은 제5항에서 정한 「주사제」이외의 항암약물치료를 말합니다.
- ⑦ 제2항에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해

합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암, 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서 「기타피부암」 및 「갑상선암」을 제외한 질병(【별표14】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』 참조)을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.
- ④ 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ⑤ 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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 보장개시일을 적용합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-115. 말기암호스피스통증완화치료비(가정형,입원형)최초1회한보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 확정되고, 「말기암환자」를 대상으로 하는 「말기암환자완화의료」 치료를 목적으로 「호스피스전문기관」으로부터 입원형 또는 가정형 호스피스완화의료 치료를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

보험가입금액을 말기암호스피스통증완화치료비(가정형,입원형)(최초1회 한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

- ② 제1항의 보장개시일은 이 특별약관의 보험계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험 나이 15세미만 피보험자의 경우 보장개시일은 보험계약일로 합니다.

【보장개시일 [예시]】	
90일 보장 제외	보험가입금액의 100%
↑ 최초계약일 (2030년 4월 10일)	↑ 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」 보장개시일 (2030년 7월 9일)
※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.	

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서 「기타피부암」 및 「갑상선암」을 제외한 질병(【별표14】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】

『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.

- ③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타 피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.
- ④ 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

- ⑤ 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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)

- 로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(말기암환자, 호스피스전문기관 및 말기암환자완화의료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「말기암환자」라 함은 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조(정의) 제3호에 따라 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 몇 개월 내에 사망할 것으로 예상되는 암환자를 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「호스피스전문기관」이라 함은 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제25조(호스피스전문기관의 지정 등)에 따라 보건복지부장관에 의하여 지정된 의료기관을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「말기암환자완화의료」라 함은 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제2조(정의) 제6호에 따라 통증과 증상의 완화를 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 통하여 「말기암환자」와 그 가족의 삶의 질을 향상시키는 것을 목적으로 하는 의료로서, “호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률” 제28조(호스피스의 신청)에 따라 해당 「말기암환자」가 「호스피스전문기관」에 가정형 호스피스 또는 입원형 호스피스를 신청하고 제공받은 경우를 말합니다.

【용어풀이】

- 가정형 호스피스란 가정에서 지내기를 원하는 말기암 환자와 가족에게 보건복지부 지정 전문기관의 호스피스팀이 가정으로 방문하여 호스피스완화의료 서비스를 제공하는 것을 말합니다.
- 입원형 호스피스란 보건복지부 지정 호스피스전문기관 병동에 입원한 말기암 환자와 가족들에게 호스피스완화의료 서비스를 제공하는 것을 말합니다.

【호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률】

제25조(호스피스전문기관의 지정 등)

1. 보건복지부장관은 호스피스대상환자를 대상으로 호스피스전문기관을 설치·운영하려는 의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 시설·인력·장비 등의 기준을 충족하는 의료기관을 입원형, 자문형, 가정형으로 구분하여 호스피스전문기관으로 지정할 수 있다.

제28조(호스피스의 신청)

1. 호스피스대상환자가 호스피스전문기관에서 호스피스를 이용하려는 경우에는 호스피스 이용동의서(전자문서로 된 동의서를 포함한다)와 의사가 발급하는 호스피스대상환자임을 나타내는 의사소견서(전자문서로 된 소견서를 포함한다)를 첨부하여 호스피스전문기관에 신청하여야 한다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진단서, 의사소견서, 호스피스이용동의서, 진료비세부내역서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제8조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 말기암호스피스통증완화치료비(가정형,입원형)(최초1회한)을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활

(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-116. 갑상선기능항진증치료비(최초1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「갑상선기능항진증」으로 진단확정 되고 「갑상선기능항진증치료」를 받은 경우에는 최초 1회에 아래에서 이 특별약관의 보험가입금액을 갑상선기능항진증치료비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(갑상선기능항진증 및 갑상선기능항진증치료의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「갑상선기능항진증」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「갑상선기능항진증」으로 분류되는 질병(【별표96】『갑상선기능항진증 분류표』 참조)을 말합니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ② 제1항의 「갑상선기능항진증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한 의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.
- ③ 「갑상선기능항진증치료」라 함은 갑상선기능항진증의 직접적인 치료를 목적으로 아래 중 하나에 해당하는 치료를 받은 경우를 말합니다.
1. 갑상선절제술에 해당하는 수술을 받은 경우: 이 특별약관에 있어서 “갑상선절제술”이라 함은 갑상선엽 전체 혹은 일부를 절제하는 “갑상선 전절제술(Total Thyroidectomy)” 및 “갑상선엽 아전절제술(Subtotal Thyroidectomy)”을 말합니다.
 2. 방사성요오드 치료를 받은 경우
 3. 항갑상선제를 60일 이상 처방받은 경우
- ④ 제3항 제2호의 「방사성요오드 치료」라 함은 주성분이 요오드화 나트륨에 해당하는 치료이며, 「항갑상선제」라 함은 주성분이 methimazole, propylthiouracil, carbimazole에 해당하는 약제를 말합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)

제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료 기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 갑상선기능항진증치료비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망한 경우에도 이 특별약관

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 2-117. 뇌졸중혈전용해치료비(최초1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단 확정된 「뇌졸중」의 치료를 직접적인 목적으로 「혈전용해치료」를 받은 경우에 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌졸중혈전용해치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「뇌졸중」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있

어서 「뇌졸중」으로 분류되는 질병(【별표22】 뇌졸중 분류표 참조)을 말합니다.

- ② 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「뇌졸중」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(혈전용해치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「혈전용해치료」라 함은 의사의 면허를 가진 자가 피보험자의 「뇌졸중」의 치료를 직접적인 목적으로 「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 「뇌혈관」부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.
- ② 제1항에서 「혈전용해제」라 함은 「뇌혈관」부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(해파린 등) 및 경구용 약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.
- ③ 제2항에서 정의한 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 제1항의 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌졸중혈전용해치료비를 지급한 때

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-118. 뇌졸중혈전용해치료비보장(연간 회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단 확정된 「뇌졸중」의 치료를 직접적인 목적으로 「혈전용해치료」를 받은 경우에 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌졸중혈전용해치료비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매년 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해

합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(뇌졸중의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「뇌졸중」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「뇌졸중」으로 분류되는 질병(【별표22】『뇌졸중 분류표』참조)을 말합니다.
- ② 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「뇌졸중」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(혈전용해치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「혈전용해치료」라 함은 의사의 면허를 가진 자가 피보험자의 「뇌졸중」의 치료를 직접적인 목적으로 「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 「뇌혈관」부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.
- ② 제1항에서 「혈전용해제」라 함은 「뇌혈관」부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(해파린 등) 및 경구용 약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.
- ③ 제2항에서 정의한 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 제1항의 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-119. 뇌경색증혈전용해치료비(최초1회한)보장

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단 확정된 「뇌경색증」의 치료를 직접적인 목적으로 「혈전용해치료」를 받은 경우에 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌경색증혈전용해치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의

의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(뇌경색증의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「뇌경색증」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「뇌경색증(분류번호I63)」에 해당하는 질병을 말합니다. 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 뇌경색증(I63) 해당 여부를 판단하며 제9차 개정 이후 뇌경색증(I63) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 뇌경색증(I63) 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 특별약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 「뇌경색증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과 의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「뇌경색증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(혈전용해치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「혈전용해치료」라 함은 의사의 면허를 가진 자가 피보험자의 「뇌경색증」의 치료를 직접적인 목적으로 「혈전용해제」를 정맥 혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 「뇌혈관」부분의 혈전 또는 색전을 녹이

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

기 위한 치료법을 말합니다.

- ② 제1항에서 「혈전용해제」라 함은 「뇌혈관」부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(해파린 등) 및 경구용 약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.
- ③ 제2항에서 정의한 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 제1항의 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌경색증혈전용해치료비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-120. 뇌경색증혈전용해치료비(연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단 확정된 「뇌경색증」의 치료를 직접적인 목적으로 「혈전용해치료」를 받은 경우에 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 뇌경색증혈전용해치료비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매년 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(뇌경색증의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「뇌경색증」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「뇌경색증(분류번호I63)」에 해당하는 질병을 말합니다. 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 뇌경색증(I63) 해당 여부를 판단하며 제9차 개정 이후 뇌경색증(I63) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 뇌경색증(I63) 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 특별약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 「뇌경색증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과 의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「뇌경색증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제4조(혈전용해치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「혈전용해치료」라 함은 의사의 면허를 가진 자가 피보험자의 「뇌경색증」의 치료를 직접적인 목적으로 「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 「뇌혈관」부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.
- ② 제1항에서 「혈전용해제」라 함은 「뇌혈관」부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(해파린 등) 및 경구용 약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.
- ③ 제2항에서 정의한 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 제1항의 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조

(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-121. 급성심근경색증혈전용해치료비(최초1회한)보장

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단 확정된 「급성심근경색증(I21)」의 치료를 직접적인 목적으로 「혈전용해치료」를 받은 경우에 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 급성심근경색증혈전용해치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(급성심근경색증(I21) 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어 「급성심근경색증(I21)」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「급성심근경색증(분류번호I21)」에 해당하는 질병을 말합니다. 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

준에 따라 급성심근경색증(I21) 해당 여부를 판단하며 제9차 개정 이후 급성심근경색증(I21) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 급성심근경색증(I21)분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 특별약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 「급성심근경색증(I21)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 - 1. 보험기간 중 「급성심근경색증(I21)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 - 2. 부검감정서상 사인이 「급성심근경색증(I21)」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(혈전용해치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「혈전용해치료」라 함은 의사의 면허를 가진 자가 피보험자의 「급성심근경색증(I21)」의 치료를 직접적인 목적으로 「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 「심혈관」부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.
- ② 제1항에서 「혈전용해제」라 함은 「심혈관」부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(해파린 등) 및 경구용 약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

- ③ 제2항에서 정의한 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 제1항의 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 급성심근경색증혈전용해치료비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-122. 급성심근경색증혈전용해치료비(연간 회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단 확정된 「급성심근경색증(I21)」의 치료를 직접적인 목적으로 「혈전용해치료」를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 급성심근경색증혈전용해치료비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매년 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(급성심근경색증(I21) 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「급성심근경색증(I21)」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「급성심근경색증(분류번호I21)」에 해당하는 질병을 말합니다. 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 급성심근경색증(I21) 해당 여부를 판단하며 제9차 개정 이후 급성심근경색증(I21) 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 또한, 급성심근경색증(I21)분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 특별약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ③ 「급성심근경색증(I21)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의

의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 「급성심근경색증(I21)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 「급성심근경색증(I21)」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(혈전용해치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「혈전용해치료」라 함은 의사의 면허를 가진 자가 피보험자의 「급성심근경색증(I21)」의 치료를 직접적인 목적으로 「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 「심혈관」부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.
- ② 제1항에서 「혈전용해제」라 함은 「심혈관」부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(해파린 등) 및 경구용 약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.
- ③ 제2항에서 정의한 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 제1항의 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-123. 특정허혈성심장질환혈전용해치료비(최초1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단 확정된 「특정허혈성심장질환」의 치료를 직접적인 목적으로 「혈전용해치료」를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 특정허혈성심장질환혈전용해치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특정허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「특정허혈성심장질환」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「허혈성심장질환」으로 분류되는 질병(【별표128】

『특정허혈성심장질환 II 분류표』 참조)을 말합니다.

- ② 「특정허혈성심장질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 보험기간 중 「특정허혈성심장질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 「특정허혈성심장질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(혈전용해치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「혈전용해치료」라 함은 의사의 면허를 가진 자가 피보험자의 「특정허혈성심장질환」의 치료를 직접적인 목적으로 「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 「심혈관」부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.
- ② 제1항에서 「혈전용해제」라 함은 「심혈관」부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(해파린 등) 및 경구용 약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.
- ③ 제2항에서 정의한 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 제1항의 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정허혈성심장질환혈전용해치료비

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-124. 특정허혈성심장질환혈전용해치료비(연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단 확정된 「특정허혈성심장질환」의 치료를 직접적인 목적으로 「혈전용해치료」를 받은 경우에는 연간 1회에만하여 아래의 금액을 특정허혈성심장질환혈전용해치료비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매년 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해

합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특정허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「특정허혈성심장질환」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「특정허혈성심장질환」으로 분류되는 질병(【별표12 8】『특정허혈성심장질환Ⅱ 분류표』참조)을 말합니다.
- ② 「특정허혈성심장질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 보험기간 중 「특정허혈성심장질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 「특정허혈성심장질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(혈전용해치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「혈전용해치료」라 함은 의사의 면허를 가진 자가 피보험자의 「특정허혈성심장질환」의 치료를 직접적인 목적으로 「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 「심혈관」부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.
- ② 제1항에서 「혈전용해제」라 함은 「심혈관」부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(해파린 등) 및 경구용 약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ③ 제2항에서 정의한 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 제1항의 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-125. 뇌심혈관조영술검사비(급여,연간1회한)

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려진 「뇌심혈관질환」의 진단 및 치료를 위한 필요소건을 토대로 「급여 뇌심혈관조영술검사」를 받은 경우 연간 1

회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌심혈관조영술검사비로 보험수익자에게 지급합니다.

- ② 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매년 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조(뇌심혈관질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「뇌심혈관질환」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「뇌심혈관질환」으로 분류되는 질병(【별표90】『뇌심혈관질환 분류표』참조)을 말합니다.
- ② 「뇌심혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 「뇌심혈관질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(「급여 뇌심혈관조영술검사」의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「급여 뇌심혈관조영술검사」라 함은 의사의 면허를 가진 자가 뇌심질환의 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 의사의 관리하에 【별표59】『급여 뇌혈관조영술 및 관상동맥조영술 분류표』에 해당하는 급여 뇌혈관조영술 및 관상동맥조영술 의료행위를 받은 경우를 말합니다.
- ② 「급여 뇌심혈관조영술검사」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 행한 것에 한합니다.
- ③ 이 계약 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 의료행위 당시의 개정된 기준을 적용합니다.

제4조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서(“건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)”필수 기재), 진단서, 진료비계산서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-126. 뇌심혈관CT,MRI,심장초음파,뇌파,뇌척수액검사비(급여,연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려진 「뇌심혈관질환」의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 「급여 뇌심혈관질환검사」를 받은 경우 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌심혈관CT,MRI,심장초음파, 뇌파,뇌척수액검사비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매년 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조(뇌심혈관질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「뇌심혈관질환」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「뇌심혈관질환」으로 분류되는 질병(【별표90】『뇌심혈관질환 분류표』참조)을 말합니다.
- ② 「뇌심혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과 의사 제외) 면허증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 「뇌심혈관질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(「급여 뇌심혈관질환검사」의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「급여 뇌심혈관질환검사」라 함은 의사의 면허를 가진 자가 뇌심혈관질환의 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험²⁵⁰⁴ 약관

법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 의사의 관리 하에 【별표58】 『급여 뇌심혈관질환 검사 분류표』에 해당하는 뇌CT, 심장CT, 뇌MRI, 심장MRI, 심장초음파, 뇌파검사, 뇌척수액검사 의료행위를 받은 경우를 말합니다.

- ② 「급여 뇌심혈관질환검사」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 행한 것에 한합니다.
- ③ 이 특별약관 체결시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 의료행위 당시의 개정된 기준을 적용합니다.

제4조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 - 1. 청구서(회사 양식)
 - 2. 사고증명서(진료비세부내역서(“건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)” 필수 기재), 진단서, 진료비계산서 등)
 - 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 - 4. 기타 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유

가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-127. 2대질병(뇌,심장)주요치료비(진단후10년,연간1회한)보장 특별약관,
2대질병(뇌,심장)주요치료비(진단후10년,연간1회한)보장(태아보장) 특별약관

- ※ 2대질병(뇌,심장)주요치료비(진단후10년,연간1회한)보장(태아보장) 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

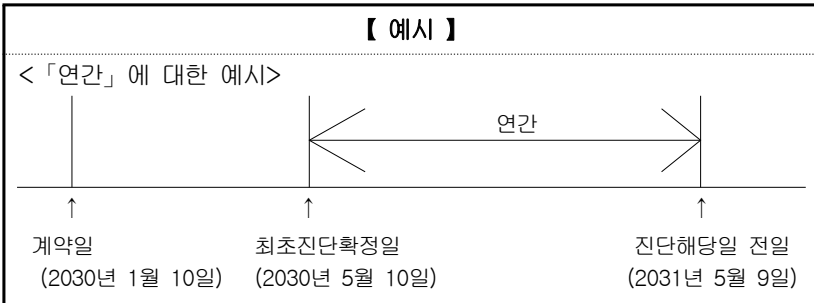
제1조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「뇌혈관질환」 또는 「심장질환」으로 최초 진단 확정되고, 「보험금 지급 대상기간」 이내에 2대질병(뇌,심장)주요치료(수술, 혈전용해치료, 종합병원 중환자실치료)를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 연간 1회에 한하여 2대질병(뇌,심장)주요치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

구 분	지급금액
2대질병(뇌,심장)주요치료비 (진단후10년, 연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 10회 지급)

- ② 위 제1항의 2대질병(뇌,심장)주요치료는 「뇌혈관질환」 및 「심장질환」 (보험기간 중 최초 진단과 상이한 「뇌혈관질환」 및 「심장질환」 도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.
- ③ 위 제1항의 「보험금 지급 대상기간」 이라 함은 보험기간 중 「뇌혈관질환」 또는 「심장질환」 의 최초 진단확정일로부터 10년을 말합니다.
- ④ 위 제1항의 「연간」 이라 함은 보험기간 중 「뇌혈관질환」 또는 「심장질환」 의 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 「뇌혈관질환」 또는 「심장질환」 의 진단해당일 (「뇌혈관질환」 또는 「심장질환」 의 최초 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 「뇌혈관질환」 또는 「심장질환」 의 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 「뇌혈관질환」 또는 「심장질환」 의 진단해당일로 합니다.



【 2대질병(뇌,심장)주요치료비(진단후10년,연간1회한) 지급예시 】

- * 보험가입금액 1,000만원 기준
- * 계약일 : 2030년 7월 1일
- * 급성심근경색증(I21) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일
- * 뇌경색증(I63) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일

진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
종합병원 중환자실치료 (2031.10.1.) 수술 (2031.8.1.)	2대질병 (뇌,심장) 주요치료 미시행	종합병원 중환자실치료 (2036.12.1.) 혈전용해치료 (2036.9.1.)	2대질병 (뇌,심장) 주요치료 미시행	혈전용해치료 (2039.8.1)	혈전용해치료 (2040.11.1)
2031년 1월1일	2032년 1월1일	2036년 1월1일	2037년 1월1일	2039년 1월1일	2040년 1월1일

구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
보험금	1,000만원	지급 대상 아님	1,000만원	지급 대상 아님	1,000만원	1,000만원

※ 2031년 1월1일 급성심근경색증(I21)최초진단 이후 급성심근경색증(I21) 이외의 「뇌혈관질환」 또는 「심장질환」을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상기간은 2031년 1월1일로부터 10년입니다.

※ 2031년 1월1일 급성심근경색증(I21)최초진단 이후 급성심근경색증(I21) 이외의 「뇌혈관질환」 또는 「심장질환」을 최초 진단받더라도 질병 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 「뇌혈관질환」 또는 「심장질환」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「뇌혈관질환」이라 함은 「뇌혈관질환 분류표」(【별표23】『뇌혈관질환 분류표』참조)에서 정한 거미막하 출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈, 뇌경색증, 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 기타 뇌혈관질환, 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애, 뇌혈관질환의 후유증을 말합니다.
- ② 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
1. 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 뇌혈관질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(심장질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「심장질환」이라 함은 「심장질환 분류표」(【별표131】『심장질환 분류표』참조)에서 정한 「심장질환」을 말합니다.
- ② 심장질환의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 혈액검사, 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 심도자검사, 심장

자기공명영상(MRI), 심장 전산화단층촬영(CT), 양전자방출단층촬영(PET), 혈액 중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 「심장질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 「심장질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조(2대질환(뇌,심장)주요치료의 정의)

이 특별약관에서 「2대질환(뇌,심장)주요치료」라 함은 「뇌혈관질환」 또는 「심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「뇌혈관질환」 또는 「심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받은 경우
2. 「뇌혈관질환」 또는 「심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 「혈전용해치료」를 받은 경우
3. 「뇌혈관질환」 또는 「심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 「종합병원 중환자실치료」를 받은 경우

제6조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료 기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제7조(혈전용해치료의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 「혈전용해치료」라 함은 의사가 「뇌혈관질환」 또는 「심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.
- ② 위 제1항에서 「혈전용해제」라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

- ③ 위 제2항에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제8조(종합병원 중환자실치료의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 「종합병원 중환자실치료」라 함은 의사에 의하여 「뇌혈관질환」 또는 「심장질환」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 「이 특별약관의 보험기간」중에 「뇌혈관질환」 또는 「심장질환」으로 제9조(종합병원의 정의)에서 정한 종합병원의 중환자실에서 치료를 받은 경우를 말합니다.
- ② 위 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4(【별표12】『의료기관의 시설규격』참조)에서 정한 중환자실을 말합니다.

제9조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원 지정)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 의료법 및 관련 법령이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

【 의료법 제3조의3(종합병원) 】

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
1. 100개 이상의 병상을 갖춘 것
 2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
- ② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제10조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 보장의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제11조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「뇌혈관질환」 또는 「심장질환」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제12조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제37조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 보험기간 중 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「뇌혈관질환」 또는 「심장질환」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-128. 특정순환계질환(3~5종)주요치료비(진단후10년,연간1회한)보장 특별약관,
특정순환계질환(3~5종)주요치료비(진단후10년,연간1회한)보장(태아보장) 특별약관

※ 특정순환계질환(3~5종)주요치료비(진단후10년,연간1회한)보장(태아보장) 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

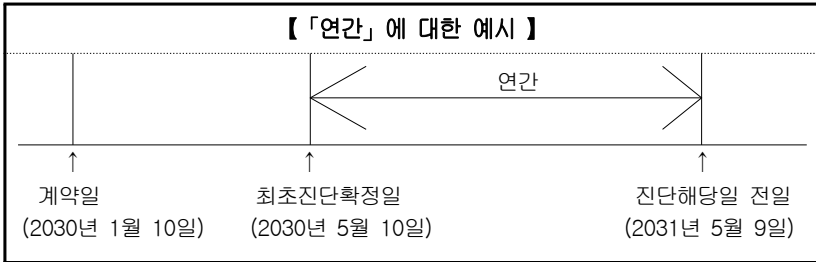
제1조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「특정순환계질환(3~5종)」으로 최초 진단 확정되고, 「보험금 지급 대상기간」 이내에 「특정순환계질환(3~5종)」으로 특정순환계질환주요치료(수술, 혈전용해치료, 종합병원 중환자실치료)를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 연간 1회에 한하여 특정순환계질환(3~5종)주요치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액
특정순환계질환(3~5종) 주요치료비(진단후10년,연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 10회 지급)

- ② 위 제1항의 특정순환계질환주요치료는 「특정순환계질환(3~5종)」(보험기간 중 최초 진단과 상이한 「특정순환계질환(3~5종)」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.
- ③ 위 제1항의 「보험금 지급 대상기간」이라 함은 보험기간 중 「특정순환계질환(3~5종)」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말합니다.
- ④ 위 제1항의 「연간」이라 함은 보험기간 중 「특정순환계질환(3~5종)」의 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 「특정순환계질환(3~5종)」의 진단해당일 (「특정순환계질환(3~5종)」의 최초 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 「특정순환계질환(3~5종)」의 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 「특정순환계질환(3~5종)」의 진단해당일로 합니다.

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관



【 특정순환계질환(3~5종)주요치료비(진단후10년,연간1회환) 지급예시 】

* 보험가입금액 1,000만원 기준
 * 계약일 : 2030년 7월 1일
 * 급성심근경색증(I21) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일
 * 뇌경색증(I63) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일

진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
종합병원 중환자실치료 (2031.10.1.) 수술 (2031.8.1.)	종합병원 중환자실치료 (2036.12.1.) 주요치료 미시행 혈전용해치료 (2036.9.1.)	종합병원 중환자실치료 (2036.12.1.) 혈전용해치료 (2036.9.1.)	주요치료 미시행	혈전용해치료 (2039.8.1)	혈전용해치료 (2040.11.1)
2031년 1월1일	2032년 1월1일	2036년 1월1일	2037년 1월1일	2039년 1월1일	2040년 1월1일

구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
보험금	1,000만원	지급 대상 아님	1,000만원	지급 대상 아님	1,000만원	1,000만원

※ 2031년 1월1일 급성심근경색증(I21)최초진단 이후 급성심근경색증(I21) 이외의 「특정순환계 질환(3~5종)」을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상기간은 2031년 1월1일로부터 10년입니다.
 ※ 2031년 1월1일 급성심근경색증(I21)최초진단 이후 급성심근경색증(I21) 이외의 「특정순환계 질환(3~5종)」을 최초 진단받더라도 질병 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 「특정순환계질환(3~5종)」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(특정순환계질환(3~5종)의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「특정순환계질환(3~5종)」이라 함은 「특정순환계질환(1~5종) 분류표(【별표56】참조)에서 정한 질병 중 중구분이 3종에서 5종까지 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국질병·사인분류에 따릅니다.
- ② 「특정순환계질환(3~5종)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 혈액검사(혈액 중 심장 효소검사 등), 뇌척수액검사, 신경학적검사, 심전도검사, 심도자검사, 핵의학검사, 혈관도플러검사, 경동맥초음파, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 보험기간 중 「특정순환계질환(3~5종)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 「특정순환계질환(3~5종)」으로 확정되거나 추정

되는 경우

- ③ 제2항에도 불구하고 특정순환계질환(3~5종)의 진단확정은 특정순환계질환(1~5종) 분류표에서 정한 질병에 따라 진단확정을 위한 기초검사가 다를 수 있습니다.
- ④ 제2항 제1호에도 불구하고 특정순환계질환(3~5종)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 특정순환계질환(1~5종) 분류표에서 정한 질병과 연관이 없는 경우 회사는 진단 확정에 필요한 증거자료를 요구할 수 있습니다.

제4조(특정순환계질환주요치료의 정의)

이 특별약관에서 특정순환계질환주요치료라 함은 「특정순환계질환(3~5종)」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

- 1. 「특정순환계질환(3~5종)」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받은 경우
- 2. 「특정순환계질환(3~5종)」의 직접적인 치료를 목적으로 「혈전용해치료」를 받은 경우
- 3. 「특정순환계질환(3~5종)」의 직접적인 치료를 목적으로 「종합병원 중환자실치료」를 받은 경우

제5조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료 기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(혈전용해치료의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 「혈전용해치료」라 함은 의사가 「특정순환계질환(3~5종)」의 직접적인 치료를 목적으로 「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.
- ② 위 제1항에서 「혈전용해제」라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ③ 위 제2항에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제7조(종합병원 중환자실치료의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 「종합병원 중환자실치료」라 함은 의사에 의하여 「특정순환계질환(3~5종)」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 「이 특별약관의 보험기간」중에 「특정순환계질환(3~5종)」으로 제8조(종합병원의 정의)에서 정한 종합병원의 중환자실에서 치료를 받은 경우를 말합니다.
- ② 위 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4(【별표12】『의료기관의 시설규격』참조)에서 정한 중환자실을 말합니다.

제8조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원정)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 의료법 및 관련 법령이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

【 의료법 제3조의3(종합병원) 】

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
1. 100개 이상의 병상을 갖춘 것
 2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
- ② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 보장의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「특정순환계질환(3~5종)」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제37조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 보험기간 중 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「특정순환계질환(3~5종)」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2~129. 특정순환계질환(3~5종)주요치료비(종합병원,진단후10년,연간1회한)보장 특별약관,
특정순환계질환(3~5종)주요치료비(종합병원,진단후10년,연간1회한)보장(태아보장) 특별약관

※ 특정순환계질환(3~5종)주요치료비(종합병원,진단후10년,연간1회한)보장(태아보장) 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전 자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

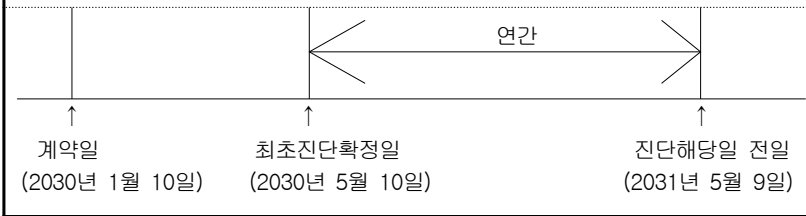
제1조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「특정순환계질환(3~5종)」으로 최초 진단 확정되고, 「보험금 지급 대상기간」 이내에 「특정순환계질환(3~5종)」으로 종합병원에서 특정순환계질환주요치료(수술, 혈전용해치료, 종합병원 중환자실치료)를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 연간 1회에 한하여 특정순환계질환(3~5종)주요치료비(종합병원)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액
특정순환계질환(3~5종) 주요치료비(종합병원,진단후10년, 연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 10회 지급)

- ② 위 제1항의 특정순환계질환주요치료는 「특정순환계질환(3~5종)」(보험기간 중 최초 진단과 상이한 「특정순환계질환(3~5종)」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.
- ③ 위 제1항의 「보험금 지급 대상기간」이라 함은 보험기간 중 「특정순환계질환(3~5종)」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말합니다.
- ④ 위 제1항의 「연간」이라 함은 보험기간 중 「특정순환계질환(3~5종)」의 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 「특정순환계질환(3~5종)」의 진단해당일 (「특정순환계질환(3~5종)」의 최초 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 「특정순환계질환(3~5종)」의 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 「특정순환계질환(3~5종)」의 진단해당일로 합니다.

【「연간」에 대한 예시】



【 특정순환계질환(3~5종)주요치료비(종합병원,진단후10년,연간1회한) 지급예시 】

- * 보험가입금액 1,000만원 기준
- * 계약일 : 2030년 7월 1일
- * 급성심근경색증(I21) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일
- * 뇌경색증(I63) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일

구분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
보험금	1,000만원	지급 대상 아님	1,000만원	지급 대상 아님	1,000만원	1,000만원

※ 2031년 1월1일 급성심근경색증(I21)최초진단 이후 급성심근경색증(I21) 이외의 「특정순환계 질환(3~5종)」을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상기간은 2031년 1월1일로부터 10년입니다.

※ 2031년 1월1일 급성심근경색증(I21)최초진단 이후 급성심근경색증(I21) 이외의 「특정순환계 질환(3~5종)」을 최초 진단받더라도 질병 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 「특정순환계질환(3~5종)」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(특정순환계질환(3~5종)의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「특정순환계질환(3~5종)」이라 함은 「특정순환계질환(1~5종) 분류표(【별표56】 참조)에서 정한 질병 중 중구분이 3종에서 5종까지 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국질병·사인분류에 따릅니다.
- ② 「특정순환계질환(3~5종)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 혈액검사(혈액 중 심장 효소검사 등), 뇌척수액검사, 신경학적검사, 심전도검사, 심도자검사, 핵의학검사, 혈관도플러검사, 경동맥초음파, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 보험기간 중 「특정순환계질환(3~5종)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 「특정순환계질환(3~5종)」으로 확정되거나 추정

되는 경우

- ③ 제2항에도 불구하고 특정순환계질환(3~5종)의 진단확정은 특정순환계질환(1~5종) 분류표에서 정한 질병에 따라 진단확정을 위한 기초검사가 다를 수 있습니다.
- ④ 제2항 제1호에도 불구하고 특정순환계질환(3~5종)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 특정순환계질환(1~5종) 분류표에서 정한 질병과 연관이 없는 경우 회사는 진단 확정에 필요한 증거자료를 요구할 수 있습니다.

제4조(특정순환계질환주요치료의 정의)

이 특별약관에서 특정순환계질환주요치료라 함은 「특정순환계질환(3~5종)」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

- 1. 「특정순환계질환(3~5종)」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받은 경우
- 2. 「특정순환계질환(3~5종)」의 직접적인 치료를 목적으로 「혈전용해치료」를 받은 경우
- 3. 「특정순환계질환(3~5종)」의 직접적인 치료를 목적으로 「종합병원 중환자실치료」를 받은 경우

제5조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료 기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢查) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(혈전용해치료의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 「혈전용해치료」라 함은 의사가 「특정순환계질환(3~5종)」의 직접적인 치료를 목적으로 「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.
- ② 위 제1항에서 「혈전용해제」라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

- ③ 위 제2항에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제7조(종합병원 중환자실치료의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 「종합병원 중환자실치료」라 함은 의사에 의하여 「특정순환계질환(3~5종)」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 「이 특별약관의 보험기간」중에 「특정순환계질환(3~5종)」으로 제8조(종합병원의 정의)에서 정한 종합병원의 중환자실에서 치료를 받은 경우를 말합니다.
- ② 위 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4(【별표12】『의료기관의 시설규격』참조)에서 정한 중환자실을 말합니다.

제8조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 의료법 및 관련 법령이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

【 의료법 제3조의3(종합병원) 】

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
1. 100개 이상의 병상을 갖춘 것
 2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
- ② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 보장의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「특정순환계질환(3~5종)」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제37조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 보험기간 중 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「특정순환계질환(3~5종)」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적용한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-130. 특정순환계질환(3~5종)주요치료비(상급종합병원, 진단후10년, 연간1회한)보장 특별약관,
특정순환계질환(3~5종)주요치료비(상급종합병원, 진단후10년, 연간1회한)보장(태아보장) 특별약관

※ 특정순환계질환(3~5종)주요치료비(상급종합병원, 진단후10년, 연간1회한) 보장(태아보장) 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

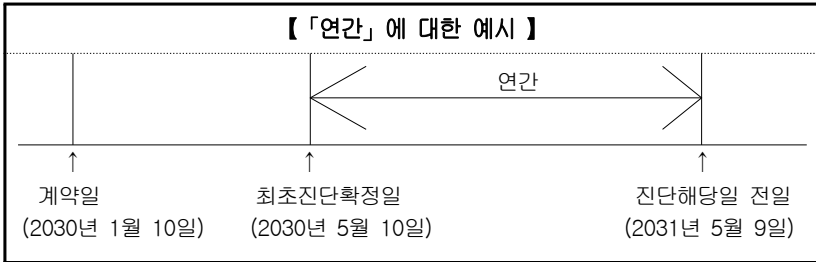
제1조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「특정순환계질환(3~5종)」으로 최초 진단 확정되고, 「보험금 지급 대상기간」 이내에 「특정순환계질환(3~5종)」으로 상급종합병원에서 특정순환계질환주요치료(수술, 혈전용해치료, 상급종합병원 중환자실치료)를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 연간 1회에 한하여 특정순환계질환(3~5종)주요치료비(상급종합병원)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액
특정순환계질환(3~5종) 주요치료비(상급종합병원, 진단후10년,연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 10회 지급)

- ② 위 제1항의 특정순환계질환주요치료는 「특정순환계질환(3~5종)」(보험기간 중 최초 진단과 상이한 「특정순환계질환(3~5종)」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.
- ③ 위 제1항의 「보험금 지급 대상기간」이라 함은 보험기간 중 「특정순환계질환(3~5종)」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말합니다.
- ④ 위 제1항의 「연간」이라 함은 보험기간 중 「특정순환계질환(3~5종)」의 최초 진단확정일로부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 「특정순환계질환(3~5종)」의 진단해당일 (「특정순환계질환(3~5종)」의 최초 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 「특정순환계질환(3~5종)」의 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 「특정순환계질환(3~5종)」의 진단해당일로 합니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관



【특정순환계질환(3~5종)주요치료비(상급종합병원,진단후10년,연간1회한) 지급예시】

- * 보험가입금액 1,000만원 기준
- * 계약일 : 2030년 7월 1일
- * 급성심근경색증(I21) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일
- * 뇌경색증(I63) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일

진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
상급종합병원 중환자실치료 (2031.10.1.) 수술 (2031.8.1.)	주요치료 미시행	상급종합병원 중환자실치료 (2036.12.1.) 혈전용해치료 (2036.9.1.)	주요치료 미시행	혈전용해치료 (2039.8.1)	혈전용해치료 (2040.11.1)
2031년 1월1일	2032년 1월1일	2036년 1월1일	2037년 1월1일	2039년 1월1일	2040년 1월1일

구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
보험금	1,000만원	지급 대상 아님	1,000만원	지급 대상 아님	1,000만원	1,000만원

※ 2031년 1월1일 급성심근경색증(I21)최초진단 이후 급성심근경색증(I21) 이외의 「특정순환계질환(3~5종)」을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상기간은 2031년 1월1일로부터 10년입니다.

※ 2031년 1월1일 급성심근경색증(I21)최초진단 이후 급성심근경색증(I21) 이외의 「특정순환계질환(3~5종)」을 최초 진단받더라도 질병 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 「특정순환계질환(3~5종)」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(특정순환계질환(3~5종)의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「특정순환계질환(3~5종)」이라 함은 「특정순환계질환(1~5종) 분류표(【별표56】참조)에서 정한 질병 중 중구분이 3종에서 5종까지 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국질병·사인분류에 따릅니다.
- ② 「특정순환계질환(3~5종)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 혈액검사(혈액 중 심장 효소검사 등), 뇌척수액검사, 신경학적검사, 심전도검사, 심도자검사, 핵의학검사, 혈관도플러검사, 경동맥초음파, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 보험기간 중 「특정순환계질환(3~5종)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 「특정순환계질환(3~5종)」으로 확정되거나 추정되는 경우
- ③ 제2항에도 불구하고 특정순환계질환(3~5종)의 진단확정은 특정순환계질환(1~5종) 분류표에서 정한 질병에 따라 진단확정을 위한 기초검사가

다를 수 있습니다.

- ④ 제2항 제1호에도 불구하고 특정순환계질환(3~5종)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 특정순환계질환(1~5종) 분류표에서 정한 질병과 연관이 없는 경우 회사는 진단 확정에 필요한 증거자료를 요구할 수 있습니다.

제4조(특정순환계질환주요치료의 정의)

이 특별약관에서 특정순환계질환주요치료를 함은 「특정순환계질환(3~5종)」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「특정순환계질환(3~5종)」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받은 경우
2. 「특정순환계질환(3~5종)」의 직접적인 치료를 목적으로 「혈전용해치료」를 받은 경우
3. 「특정순환계질환(3~5종)」의 직접적인 치료를 목적으로 「상급종합병원 중환자실치료」를 받은 경우

제5조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
 - 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
 - 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
 - 기타 이와 유사한 시술
- ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(혈전용해치료의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 「혈전용해치료」라 함은 의사가 「특정순환계질환(3~5종)」의 직접적인 치료를 목적으로 「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.
- ② 위 제1항에서 「혈전용해제」라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.
- ③ 위 제2항에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제7조(상급종합병원 중환자실치료의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 「상급종합병원 중환자실치료」라 함은 의사에 의

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

하여 「특정순환계질환(3~5종)」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 「이 특별약관의 보험기간」 중에 「특정순환계질환(3~5종)」으로 제8조(상급종합병원의 정의)에서 정한 상급종합병원의 중환자실에서 치료를 받은 경우를 말합니다.

- ② 위 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4(【별표12】『의료기관의 시설규격』참조)에서 정한 중환자실을 말합니다.

제8조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에 있어서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원의 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 의료법 및 관련 법령이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

【 의료법 제3조의4(상급종합병원의 지정) 】

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
 - 1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 - 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 - 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추는 것
 - 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 보장의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「특정순환계질환(3~5종)」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제37조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 보험기간 중 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「특정순환계질환(3~5종)」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-131. 특정순환계질환(4~5종)주요치료비(진단후10년,연간1회한)보장 특별약관,
특정순환계질환(4~5종)주요치료비(진단후10년,연간1회한)보장(태아보장) 특별약관

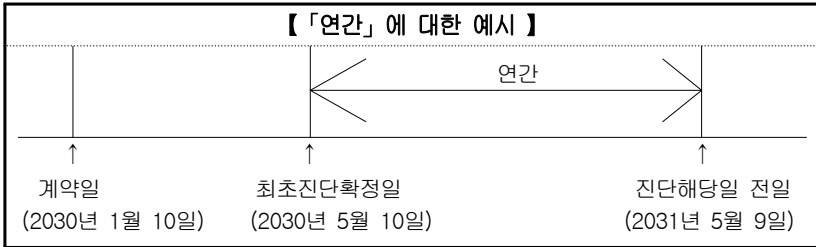
※ 특정순환계질환(4~5종)주요치료비(진단후10년,연간1회한)보장(태아보장) 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「특정순환계질환(4~5종)」으로 최초 진단 확정되고, 「보험금 지급 대상기간」 이내에 「특정순환계질환(4~5종)」으로 특정순환계질환주요치료(수술, 혈전용해치료, 종합병원 중환자실치료)를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 연간 1회에 한하여 특정순환계질환(4~5종)주요치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액
특정순환계질환(4~5종) 주요치료비(진단후10년,연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 10회 지급)

- ② 위 제1항의 특정순환계질환주요치료는 「특정순환계질환(4~5종)」(보험기간 중 최초 진단과 상이한 「특정순환계질환(4~5종)」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.
- ③ 위 제1항의 「보험금 지급 대상기간」이라 함은 보험기간 중 「특정순환계질환(4~5종)」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말합니다.
- ④ 위 제1항의 「연간」이라 함은 보험기간 중 「특정순환계질환(4~5종)」의 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 「특정순환계질환(4~5종)」의 진단해당일 (「특정순환계질환(4~5종)」의 최초 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 「특정순환계질환(4~5종)」의 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 「특정순환계질환(4~5종)」의 진단해당일로 합니다.



【 특정순환계질환(4~5종)주요치료비(진단후10년,연간1회한) 지급예시 】

※ 보험가입금액 1,000만원 기준
 ※ 계약일 : 2030년 7월 1일
 ※ 급성심근경색증(I21) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일
 ※ 뇌경색증(I63) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일

진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
종합병원 중환자실치료 (2031.10.1.) 수술 (2031.8.1.)	주요치료 미시행	종합병원 중환자실치료 (2036.12.1.) 혈전용해치료 (2036.9.1.)	주요치료 미시행	혈전용해치료 (2039.8.1)	혈전용해치료 (2040.11.1)
2031년 1월1일	2032년 1월1일	2036년 1월1일	2037년 1월1일	2039년 1월1일	2040년 1월1일

구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
보험금	1,000만원	지급 대상 아님	1,000만원	지급 대상 아님	1,000만원	1,000만원

※ 2031년 1월1일 급성심근경색증(I21)최초진단 이후 급성심근경색증(I21) 이외의 「특정순환계 질환(4~5종)」을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상기간은 2031년 1월1일로부터 10년입니다.
 ※ 2031년 1월1일 급성심근경색증(I21)최초진단 이후 급성심근경색증(I21) 이외의 「특정순환계 질환(4~5종)」을 최초 진단받더라도 질병 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 「특정순환계질환(4~5종)」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(특정순환계질환(4~5종)의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「특정순환계질환(4~5종)」이라 함은 「특정순환계질환(1~5종) 분류표(【별표56】 참조)에서 정한 질병 중 중구분이 4종에서 5종까지 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국질병·사인분류에 따릅니다.
- ② 「특정순환계질환(4~5종)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 혈액검사(혈액 중 심장 효소검사 등), 뇌척수액검사, 신경학적검사, 심전도검사, 심도자검사, 핵의학검사, 혈관도플러검사, 경동맥초음파, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 보험기간 중 「특정순환계질환(4~5종)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 「특정순환계질환(4~5종)」으로 확정되거나 추정되는 경우

- ③ 제2항에도 불구하고 특정순환계질환(4~5종)의 진단확정은 특정순환계질환(1~5종) 분류표에서 정한 질병에 따라 진단확정을 위한 기초검사가 다를 수 있습니다.
- ④ 제2항 제1호에도 불구하고 특정순환계질환(4~5종)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 특정순환계질환(1~5종) 분류표에서 정한 질병과 연관이 없는 경우 회사는 진단확정에 필요한 증거자료를 요구할 수 있습니다.

제4조(특정순환계질환주요치료의 정의)

이 특별약관에서 특정순환계질환주요치료가 함은 「특정순환계질환(4~5종)」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「특정순환계질환(4~5종)」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받은 경우
2. 「특정순환계질환(4~5종)」의 직접적인 치료를 목적으로 「혈전용해치료」를 받은 경우
3. 「특정순환계질환(4~5종)」의 직접적인 치료를 목적으로 「종합병원 중환자실치료」를 받은 경우

제5조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료 기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(혈전용해치료의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 「혈전용해치료」라 함은 의사가 「특정순환계질환(4~5중)」의 직접적인 치료를 목적으로 「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.
- ② 위 제1항에서 「혈전용해제」라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤

파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

- ③ 위 제2항에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제7조(종합병원 중환자실치료의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 「종합병원 중환자실치료」라 함은 의사에 의하여 「특정순환계질환(4~5종)」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 「이 특별약관의 보험기간」 중에 「특정순환계질환(4~5종)」으로 제8조(종합병원의 정의)에서 정한 종합병원의 중환자실에서 치료를 받은 경우를 말합니다.
- ② 위 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4(【별표12】『의료기관의 시설규격』참조)에서 정한 중환자실을 말합니다.

제8조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 의료법 및 관련 법령이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

【 의료법 제3조의3(종합병원) 】

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
1. 100개 이상의 병상을 갖춘 것
 2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
- ② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 보장의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「특정순환계질환(4~5종)」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제37조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 보험기간 중 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「특정순환계질환(4~5종)」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-132. 특정순환계질환(4~5종)주요치료비(종합병원, 진단후10년, 연간1회한)보장 특별약관,
특정순환계질환(4~5종)주요치료비(종합병원, 진단후10년, 연간1회한)보장(태아보장) 특별약관

※ 특정순환계질환(4~5종)주요치료비(종합병원, 진단후10년, 연간1회한)보장(태아보장) 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전 자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「특정순환계질환(4~5종)」으로 최초 진단 확정되고, 「보험금 지급 대상기간」 이내에 「특정순환계질환(4~5종)」으로 종합병원에서 특정순환계질환주요치료(수술, 혈전용해치료, 종합병원 중환자실치료)를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 연간 1회에 한하여 특정순환계질환(4~5종)주요치료비(종합병원)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액
특정순환계질환(4~5종) 주요치료비(종합병원, 진단후10년, 연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 10회 지급)

- ② 위 제1항의 특정순환계질환주요치료는 「특정순환계질환(4~5종)」(보험기간 중 최초 진단과 상이한 「특정순환계질환(4~5종)」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.
- ③ 위 제1항의 「보험금 지급 대상기간」이라 함은 보험기간 중 「특정순환계질환(4~5종)」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말합니다.
- ④ 위 제1항의 「연간」이라 함은 보험기간 중 「특정순환계질환(4~5종)」의 최초 진단확정일로부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 「특정순환계질환(4~5종)」의 진단해당일 (「특정순환계질환(4~5종)」의 최초 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월의 「특정순환계질환(4~5종)」의 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 「특정순환계질환(4~5종)」의 진단해당일로 합니다.

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험²⁵⁰⁴ 약관

【「연간」에 대한 예시】

The diagram illustrates the '연간' (Annual Period) on a timeline. It starts at the '계약일' (Contract Date) on 2020.01.10 and ends at the '진단해당일 전일' (Day before the Date of Termination) on 2021.05.09. The period is labeled '연간' with a double-headed arrow. The '최초진단확정일' (First Date of Confirmation of Diagnosis) on 2020.05.10 is also marked on the timeline.

계약일	최초진단확정일	진단해당일 전일
(2020년 1월 10일)	(2020년 5월 10일)	(2021년 5월 9일)

【특정순환계질환(4~5종) 주요치료비(종합병원, 진단후10년, 연간1회한) 지급예시】

- * 보험가입금액 1,000만원 기준
- * 계약일 : 2030년 7월 1일
- * 급성심근경색증(I21) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일
- * 뇌경색증(I63) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일

	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
	종합병원 중환자실치료 (2031.10.1.) 수술 (2031.8.1.)	주요치료 미시행	종합병원 중환자실치료 (2036.12.1.) 혈전용해치료 (2036.9.1.)	주요치료 미시행	혈전용해치료 (2039.8.1)	혈전용해치료 (2040.11.1)
	2031년 1월1일	2032년 1월1일	2036년 1월1일	2037년 1월1일	2039년 1월1일	2040년 1월1일
구분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
보험금	1,000만원	지금 대상 아님	1,000만원	지금 대상 아님	1,000만원	1,000만원

- ※ 2031년 1월1일 금성심금경색증(21)최초진단 이후 금성심금경색증(21) 이외의 「특정소환계 질환(4~5종)」을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상기간은 2031년 1월1일부터 10년입니다.
- ※ 2031년 1월1일 금성심금경색증(21)최초진단 이후 금성심금경색증(21) 이외의 「특정소환계 질환(4~5종)」을 최초 진단받더라도 질병 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 「특정순환계질환(4~5종)」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(특정순환계질환(4~5종)의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「특정순환계질환(4~5종)」이라 함은 「특정순환계질환(1~5종) 분류표(【별표56】 참조)에서 정한 질병 중 중구분이 4종에서 5종까지 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국질병·사인분류에 따릅니다.
- ② 「특정순환계질환(4~5종)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 혈액검사(혈액 중 심장 효소검사 등), 뇌척수액검사, 신경학적검사, 심전도검사, 심도자검사, 핵의학검사, 혈관도플러검사, 경동맥초음파, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 보험기간 중 「특정순환계질환(4~5종)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 「특정순환계질환(4~5종)」으로 확정되거나 추정

되는 경우

- ③ 제2항에도 불구하고 특정순환계질환(4~5종)의 진단확정은 특정순환계질환(1~5종) 분류표에서 정한 질병에 따라 진단확정을 위한 기초검사가 다를 수 있습니다.
- ④ 제2항 제1호에도 불구하고 특정순환계질환(4~5종)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 특정순환계질환(1~5종) 분류표에서 정한 질병과 연관이 없는 경우 회사는 진단확정에 필요한 증거자료를 요구할 수 있습니다.

제4조(특정순환계질환주요치료의 정의)

이 특별약관에서 특정순환계질환주요치료가 함은 「특정순환계질환(4~5종)」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

- 1. 「특정순환계질환(4~5종)」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받은 경우
- 2. 「특정순환계질환(4~5종)」의 직접적인 치료를 목적으로 「혈전용해치료」를 받은 경우
- 3. 「특정순환계질환(4~5종)」의 직접적인 치료를 목적으로 「종합병원 중 환자실치료」를 받은 경우

제5조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료 기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간관 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(혈전용해치료의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 「혈전용해치료」라 함은 의사가 「특정순환계질환(4~5중)」의 직접적인 치료를 목적으로 「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.
- ② 위 제1항에서 「혈전용해제」라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

- ③ 위 제2항에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제7조(종합병원 중환자실치료의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 「종합병원 중환자실치료」라 함은 의사에 의하여 「특정순환계질환(4~5종)」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 「이 특별약관의 보험기간」 중에 「특정순환계질환(4~5종)」으로 제8조(종합병원의 정의)에서 정한 종합병원의 중환자실에서 치료를 받은 경우를 말합니다.
- ② 위 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4(【별표12】『의료기관의 시설규격』참조)에서 정한 중환자실을 말합니다.

제8조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 의료법 및 관련 법령이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

【 의료법 제3조의3(종합병원) 】

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
1. 100개 이상의 병상을 갖춘 것
 2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
- ② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필

수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 보장의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「특정순환계질환(4~5종)」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제37조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 보험기간 중 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「특정순환계질환(4~5종)」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」 이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2~133. 특정순환계질환(4~5종)주요치료비(상급종합병원, 진단후10년, 연간1회한)보장 특별약관,
특정순환계질환(4~5종)주요치료비(상급종합병원, 진단후10년, 연간1회한)보장(태아보장) 특별약관

※ 특정순환계질환(4~5종)주요치료비(상급종합병원, 진단후10년, 연간1회한)보장(태아보장) 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

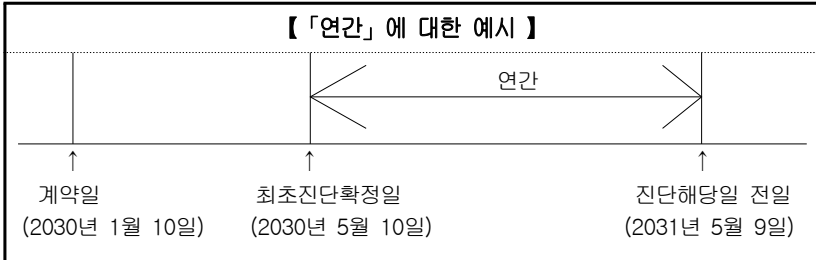
제1조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「특정순환계질환(4~5종)」으로 최초 진단 확정되고, 「보험금 지급 대상기간」 이내에 「특정순환계질환(4~5종)」으로 상급종합병원에서 특정순환계질환주요치료(수술, 혈전용해치료, 상급종합병원 중환자실치료)를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 연간 1회에 한하여 특정순환계질환(4~5종)주요치료비(상급종합병원)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액
특정순환계질환(4~5종) 주요치료비(상급종합병원, 진단후10년,연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 10회 지급)

- ② 위 제1항의 특정순환계질환주요치료는 「특정순환계질환(4~5종)」(보험기간 중 최초 진단과 상이한 「특정순환계질환(4~5종)」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.
- ③ 위 제1항의 「보험금 지급 대상기간」이라 함은 보험기간 중 「특정순환계질환(4~5종)」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말합니다.
- ④ 위 제1항의 「연간」이라 함은 보험기간 중 「특정순환계질환(4~5종)」의 최초 진단확정일로부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 「특정순환계질환(4~5종)」의 진단해당일 (「특정순환계질환(4~5종)」의 최초 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다

만, 해당연월의 「특정순환계질환(4~5종)」의 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 「특정순환계질환(4~5종)」의 진단해당일로 합니다.



【특정순환계질환(4~5종)주요치료비(상급종합병원,진단후10년,연간1회한) 지급예시】

- * 보험가입금액 1,000만원 기준
- * 계약일 : 2030년 7월 1일
- * 급성심근경색증(I21) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일
- * 뇌경색증(I63) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일

진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도	
상급종합병원 중환자실치료 (2031.10.1.) 수술 (2031.8.1.)	주요치료 미시행	상급종합병원 중환자실치료 (2036.12.1.) 혈전용해치료 (2036.9.1.)	주요치료 미시행	혈전용해치료 (2039.8.1)	혈전용해치료 (2040.11.1)	
2031년 1월1일	2032년 1월1일	2036년 1월1일	2037년 1월1일	2039년 1월1일	2040년 1월1일	
2041년 1월1일						
구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
보험금	1,000만원	지급 대상 아님	1,000만원	지급 대상 아님	1,000만원	1,000만원

※ 2031년 1월1일 급성심근경색증(I21)최초진단 이후 급성심근경색증(I21) 이외의 「특정순환계질환(4~5종)」을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상기간은 2031년 1월1일로부터 10년입니다.

※ 2031년 1월1일 급성심근경색증(I21)최초진단 이후 급성심근경색증(I21) 이외의 「특정순환계질환(4~5종)」을 최초 진단받더라도 질병 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 「특정순환계질환(4~5종)」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(특정순환계질환(4~5종)의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「특정순환계질환(4~5종)」이라 함은 「특정순환계질환(1~5종) 분류표(【별표56】 참조)에서 정한 질병 중 중구분이 4종에서 5종까지 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국질병·사인분류에 따릅니다.
- ② 「특정순환계질환(4~5종)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 혈액검사(혈액 중 심장 효소검사 등), 뇌척수액검사, 신경학적검사, 심전도검사, 심도자검사, 핵의학검사, 혈관도플러검사, 경동맥초음파, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 보험기간 중 「특정순환계질환(4~5종)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 「특정순환계질환(4~5종)」으로 확정되거나 추정

되는 경우

- ③ 제2항에도 불구하고 특정순환계질환(4~5종)의 진단확정은 특정순환계질환(1~5종) 분류표에서 정한 질병에 따라 진단확정을 위한 기초검사가 다를 수 있습니다.
- ④ 제2항 제1호에도 불구하고 특정순환계질환(4~5종)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 특정순환계질환(1~5종) 분류표에서 정한 질병과 연관이 없는 경우 회사는 진단 확정에 필요한 증거자료를 요구할 수 있습니다.

제4조(특정순환계질환주요치료의 정의)

이 특별약관에서 특정순환계질환주요치료라 함은 「특정순환계질환(4~5종)」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

- 1. 「특정순환계질환(4~5종)」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받은 경우
- 2. 「특정순환계질환(4~5종)」의 직접적인 치료를 목적으로 「혈전용해치료」를 받은 경우
- 3. 「특정순환계질환(4~5종)」의 직접적인 치료를 목적으로 「상급종합병원 중환자실치료」를 받은 경우

제5조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료 기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간관 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(혈전용해치료의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 「혈전용해치료」라 함은 의사가 「특정순환계질환(4~5종)」의 직접적인 치료를 목적으로 「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.
- ② 위 제1항에서 「혈전용해제」라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤

파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

- ③ 위 제2항에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제7조(상급종합병원 중환자실치료의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 「상급종합병원 중환자실치료」라 함은 의사에 의하여 「특정순환계질환(4~5종)」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 「이 특별약관의 보험기간」 중에 「특정순환계질환(4~5종)」으로 제8조(상급종합병원의 정의)에서 정한 상급종합병원의 중환자실에서 치료를 받은 경우를 말합니다.
- ② 위 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4(【별표12】『의료기관의 시설규격』참조)에서 정한 중환자실을 말합니다.

제8조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에 있어서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원의 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 의료법 및 관련 법령이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

【 의료법 제3조의4(상급종합병원의 지정) 】

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.

- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 보장의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「특정순환계질환(4~5종)」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제37조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 보험기간 중 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「특정순환계질환(4~5종)」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」 이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-134. 특정순환계질환(5종)주요치료비(진단후10년,연간1회한)보장 특별약관,
특정순환계질환(5종)주요치료비(진단후10년,연간1회한)보장(태아보장) 특별약관

※ 특정순환계질환(5종)주요치료비(진단후10년,연간1회한)보장(태아보장) 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

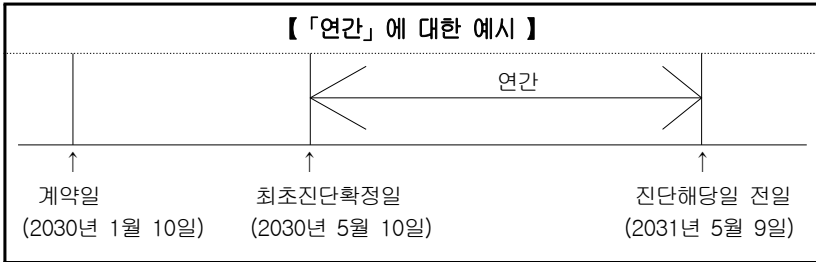
제1조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「특정순환계질환(5종)」으로 최초 진단 확정되고, 「보험금 지급 대상기간」 이내에 「특정순환계질환(5종)」으로 특정순환계질환주요치료(수술, 혈전용해치료, 종합병원 중환자실치료)를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 연간 1회에 한하여 특정순환계질환(5종)주요치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액
특정순환계질환(5종) 주요치료비(진단후10년,연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 10회 지급)

- ② 위 제1항의 특정순환계질환주요치료는 「특정순환계질환(5종)」(보험기간 중 최초 진단과 상이한 「특정순환계질환(5종)」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.
- ③ 위 제1항의 「보험금 지급 대상기간」이라 함은 보험기간 중 「특정순환계질환(5종)」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말합니다.
- ④ 위 제1항의 「연간」이라 함은 보험기간 중 「특정순환계질환(5종)」의 최초 진단확정일로부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 「특정순환계질환(5종)」의 진단해당일 (「특정순환계질환(5종)」의 최초 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 「특정순환계질환(5종)」의 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 「특정순환계질환(5종)」의 진단해당일로 합니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관



【 특정순환계질환(5종)주요치료비(진단후10년,연간1회한) 지급예시 】

* 보험가입금액 1,000만원 기준
 * 계약일 : 2030년 7월 1일
 * 급성심근경색증(I21) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일
 * 뇌경색증(I63) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일

진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
종합병원 중환자실치료 (2031.10.1.) 수술 (2031.8.1.)	종합병원 중환자실치료 (2031.10.1.) 주요치료 미시행	종합병원 중환자실치료 (2036.12.1.) 혈전용해치료 (2036.9.1.)	종합병원 중환자실치료 (2036.12.1.) 주요치료 미시행	혈전용해치료 (2039.8.1)	혈전용해치료 (2040.11.1)
2031년 1월1일	2032년 1월1일	2036년 1월1일	2037년 1월1일	2039년 1월1일	2040년 1월1일

구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
보험금	1,000만원	지급 대상 아님	1,000만원	지급 대상 아님	1,000만원	1,000만원

※ 2031년 1월1일 급성심근경색증(I21)최초진단 이후 급성심근경색증(I21) 이외의 「특정순환계 질환(5종)」을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상기간은 2031년 1월1일로부터 10년입니다.
 ※ 2031년 1월1일 급성심근경색증(I21)최초진단 이후 급성심근경색증(I21) 이외의 「특정순환계 질환(5종)」을 최초 진단받더라도 질병 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 「특정순환계질환(5종)」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(특정순환계질환(5종)의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「특정순환계질환(5종)」이라 함은 특정순환계질환(1~5종) 분류표(【별표56】 참조)에서 정한 질병 중 중구분이 5종에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국질병·사인분류에 따릅니다.
- ② 「특정순환계질환(5종)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 혈액검사(혈액 중 심장 효소검사 등), 뇌척수액검사, 신경학적검사, 심전도검사, 심도자검사, 핵의학검사, 혈관도플러검사, 경동맥초음파, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 보험기간 중 「특정순환계질환(5종)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 「특정순환계질환(5종)」으로 확정되거나 추정되는 경우
- ③ 제2항에도 불구하고 특정순환계질환(5종)의 진단확정은 특정순환계질환

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

(1~5종) 분류표에서 정한 질병에 따라 진단확정을 위한 기초검사가 다를 수 있습니다.

- ④ 제2항 제1호에도 불구하고 특정순환계질환(5종)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 특정순환계질환(1~5종) 분류표에서 정한 질병과 연관이 없는 경우 회사는 진단확정에 필요한 증거자료를 요구할 수 있습니다.

제4조(특정순환계질환주요치료의 정의)

이 특별약관에서 특정순환계질환주요치료라 함은 「특정순환계질환(5종)」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「특정순환계질환(5종)」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받은 경우
2. 「특정순환계질환(5종)」의 직접적인 치료를 목적으로 「혈전용해치료」를 받은 경우
3. 「특정순환계질환(5종)」의 직접적인 치료를 목적으로 「종합병원 중환자실치료」를 받은 경우

제5조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료 기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간관 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(혈전용해치료의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 「혈전용해치료」라 함은 의사가 「특정순환계질환(5종)」의 직접적인 치료를 목적으로 「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.
- ② 위 제1항에서 「혈전용해제」라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogenactivator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

- ③ 위 제2항에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제7조(종합병원 중환자실치료의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 「종합병원 중환자실치료」라 함은 의사에 의하여 「특정순환계질환(5종)」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 「이 특별약관의 보험기간」 중에 「특정순환계질환(5종)」으로 제8조(종합병원의 정의)에서 정한 종합병원의 중환자실에서 치료를 받은 경우를 말합니다.
- ② 위 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4(【별표12】『의료기관의 시설규격』참조)에서 정한 중환자실을 말합니다.

제8조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 의료법 및 관련 법령이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

【 의료법 제3조의3(종합병원) 】

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
1. 100개 이상의 병상을 갖춘 것
 2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
- ② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 보장의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「특정순환계질환(5종)」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제37조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 보험기간 중 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「특정순환계질환(5종)」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-135. 특정순환계질환(5종)주요치료비(종합병원,진단후10년,연간1회)보장 특별약관,
특정순환계질환(5종)주요치료비(종합병원,진단후10년,연간1회)보장(태아보장) 특별약관

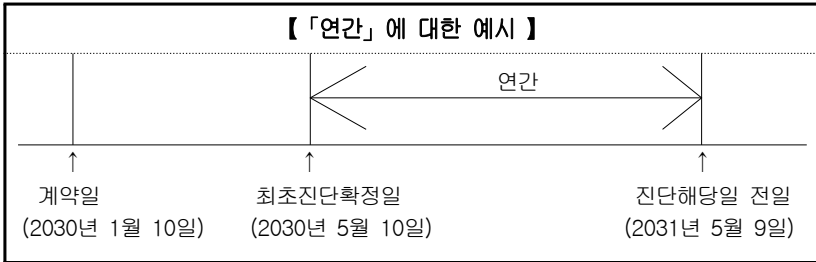
※ 특정순환계질환(5종)주요치료비(종합병원,진단후10년,연간1회)보장(태아보장) 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「특정순환계질환(5종)」으로 최초 진단 확정되고, 「보험금 지급 대상기간」 이내에 「특정순환계질환(5종)」으로 종합병원에서 특정순환계질환주요치료(수술, 혈전용해치료, 종합병원 중환자실치료)를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 연간 1회에 한하여 특정순환계질환(5종)주요치료비(종합병원)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액
특정순환계질환(5종) 주요치료비(종합병원,진단후10년, 연간1회)	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 10회 지급)

- ② 위 제1항의 특정순환계질환주요치료는 「특정순환계질환(5종)」(보험기간 중 최초 진단과 상이한 「특정순환계질환(5종)」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.
- ③ 위 제1항의 「보험금 지급 대상기간」이라 함은 보험기간 중 「특정순환계질환(5종)」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말합니다.
- ④ 위 제1항의 「연간」이라 함은 보험기간 중 「특정순환계질환(5종)」의 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 「특정순환계질환(5종)」의 진단해당일 (「특정순환계질환(5종)」의 최초 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 「특정순환계질환(5종)」의 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 「특정순환계질환(5종)」의 진단해당일로 합니다.



【특정순환계질환(5종)주요치료비(종합병원,진단후10년,연간1회환) 지급예시】

* 보험가입금액 1,000만원 기준
 * 계약일 : 2030년 7월 1일
 * 급성심근경색증(I21) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일
 * 뇌경색증(I63) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일

진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
종합병원 중환자실치료 (2031.10.1.) 수술 (2031.8.1.)	종합병원 중환자실치료 (2036.12.1.) 주요치료 미시행	종합병원 중환자실치료 (2036.12.1.) 혈전용해치료 (2036.9.1.)	종합병원 중환자실치료 (2036.12.1.) 주요치료 미시행	종합병원 중환자실치료 (2036.12.1.) 혈전용해치료 (2039.8.1)	종합병원 중환자실치료 (2036.12.1.) 혈전용해치료 (2040.11.1)
2031년 1월1일	2032년 1월1일	2036년 1월1일	2037년 1월1일	2039년 1월1일	2040년 1월1일

구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
보험금	1,000만원	지급 대상 아님	1,000만원	지급 대상 아님	1,000만원	1,000만원

※ 2031년 1월1일 급성심근경색증(I21)최초진단 이후 급성심근경색증(I21) 이외의 「특정순환계 질환(5종)」을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상기간은 2031년 1월1일로부터 10년입니다.
 ※ 2031년 1월1일 급성심근경색증(I21)최초진단 이후 급성심근경색증(I21) 이외의 「특정순환계 질환(5종)」을 최초 진단받더라도 질병 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 「특정순환계질환(5종)」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(특정순환계질환(5종)의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「특정순환계질환(5종)」이라 함은 특정순환계질환(1~5종) 분류표(【별표56】 참조)에서 정한 질병 중 중구분이 5종에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국질병·사인분류에 따릅니다.
- ② 「특정순환계질환(5종)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 혈액검사(혈액 중 심장 효소검사 등), 뇌척수액검사, 신경학적검사, 심전도검사, 심도자검사, 핵의학검사, 혈관도플러검사, 경동맥초음파, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 보험기간 중 「특정순환계질환(5종)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 「특정순환계질환(5종)」으로 확정되거나 추정되는 경우

- ③ 제2항에도 불구하고 특정순환계질환(5종)의 진단확정은 특정순환계질환(1~5종) 분류표에서 정한 질병에 따라 진단확정을 위한 기초검사가 다를 수 있습니다.
- ④ 제2항 제1항에도 불구하고 특정순환계질환(5종)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 특정순환계질환(1~5종) 분류표에서 정한 질병과 연관이 없는 경우 회사는 진단확정에 필요한 증거자료를 요구할 수 있습니다.

제4조(특정순환계질환주요치료의 정의)

이 특별약관에서 특정순환계질환주요치료라 함은 「특정순환계질환(5종)」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

- 1. 「특정순환계질환(5종)」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받은 경우
- 2. 「특정순환계질환(5종)」의 직접적인 치료를 목적으로 「혈전용해치료」를 받은 경우
- 3. 「특정순환계질환(5종)」의 직접적인 치료를 목적으로 「종합병원 중환자실치료」를 받은 경우

제5조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료 기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(혈전용해치료의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 「혈전용해치료」라 함은 의사가 「특정순환계질환(5종)」의 직접적인 치료를 목적으로 「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.
- ② 위 제1항에서 「혈전용해제」라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

- ③ 위 제2항에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제7조(종합병원 중환자실치료의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 「종합병원 중환자실치료」라 함은 의사에 의하여 「특정순환계질환(5종)」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 「이 특별약관의 보험기간」 중에 「특정순환계질환(5종)」으로 제8조(종합병원의 정의)에서 정한 종합병원의 중환자실에서 치료를 받은 경우를 말합니다.
- ② 위 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4(【별표12】『의료기관의 시설규격』참조)에서 정한 중환자실을 말합니다.

제8조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 의료법 및 관련 법령이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

【 의료법 제3조의3(종합병원) 】

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
1. 100개 이상의 병상을 갖추는 것
 2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
- ② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 보장의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「특정순환계질환(5종)」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관이 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제37조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 보험기간 중 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「특정순환계질환(5종)」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-136. 특정순환계질환(5종)주요치료비(상급종합병원, 진단후10년, 연간1회한)보장 특별약관,
특정순환계질환(5종)주요치료비(상급종합병원, 진단후10년, 연간1회한)보장(태아보장) 특별약관

※ 특정순환계질환(5종)주요치료비(상급종합병원, 진단후10년, 연간1회한)보장(태아보장) 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전 자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

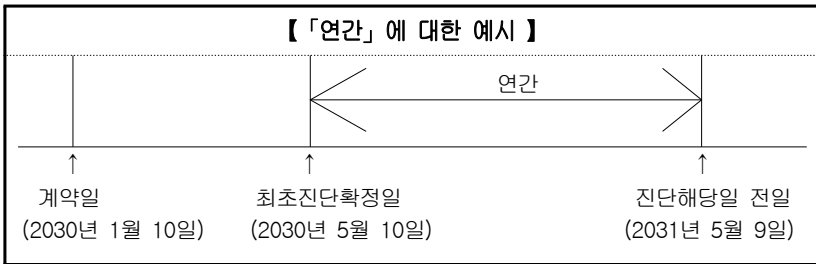
제1조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「특정순환계질환(5종)」으로 최초 진단 확정되고, 「보험금 지급 대상기간」 이내에 「특정순환계질환(5종)」으로 상급종합병원에서 특정순환계질환주요치료(수술, 혈전용해치료, 상급종합병원 중환자실치료)를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 연간 1회에 한하여 특정순환계질환(5종)주요치료비(상급종합병원)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액
특정순환계질환(5종) 주요치료비(상급종합병원, 진단후10년, 연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 10회 지급)

- ② 위 제1항의 특정순환계질환주요치료는 「특정순환계질환(5종)」(보험기간 중 최초 진단과 상이한 「특정순환계질환(5종)」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.
- ③ 위 제1항의 「보험금 지급 대상기간」이라 함은 보험기간 중 「특정순환계질환(5종)」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말합니다.
- ④ 위 제1항의 「연간」이라 함은 보험기간 중 「특정순환계질환(5종)」의 최초 진단확정일로부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 「특정순환계질환(5종)」의 진단해당일 (「특정순환계질환(5종)」의 최초 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연월의 「특정순환계질환(5종)」의 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 「특정순환계질환(5종)」의 진단해당일로 합니다.

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관



【특정순환계질환(5종)주요치료비(상급종합병원,진단후10년,연간1회한) 지급예시】

- * 보험가입금액 1,000만원 기준
- * 계약일 : 2030년 7월 1일
- * 급성심근경색증(I21) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일
- * 뇌경색증(I63) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일

진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
상급종합병원 중환자실치료 (2031.10.1.) 수술 (2031.8.1.)	주요치료 미시행	상급종합병원 중환자실치료 (2036.12.1.) 혈전용해치료 (2036.9.1.)	주요치료 미시행	혈전용해치료 (2039.8.1.)	혈전용해치료 (2040.11.1.)
2031년 1월1일	2032년 1월1일	2036년 1월1일	2037년 1월1일	2039년 1월1일	2040년 1월1일

구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
보험금	1,000만원	지급 대상 아님	1,000만원	지급 대상 아님	1,000만원	1,000만원

※ 2031년 1월1일 급성심근경색증(I21)최초진단 이후 급성심근경색증(I21) 이외의 「특정순환계질환(5종)」을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상기간은 2031년 1월1일로부터 10년입니다.

※ 2031년 1월1일 급성심근경색증(I21)최초진단 이후 급성심근경색증(I21) 이외의 「특정순환계질환(5종)」을 최초 진단받더라도 질병 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 「특정순환계질환(5종)」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(특정순환계질환(5종)의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「특정순환계질환(5종)」이라 함은 특정순환계질환(1~5종) 분류표(【별표56】 참조)에서 정한 질병 중 중구분이 5종에 해당하는 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 개정 한국질병·사인분류에 따릅니다.
- ② 「특정순환계질환(5종)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 혈액검사(혈액 중 심장 효소검사 등), 뇌척수액검사, 신경학적검사, 심전도검사, 심도자검사, 핵의학검사, 혈관도플러검사, 경동맥초음파, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 1. 보험기간 중 「특정순환계질환(5종)」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 「특정순환계질환(5종)」으로 확정되거나 추정되는 경우
- ③ 제2항에도 불구하고 특정순환계질환(5종)의 진단확정은 특정순환계질환

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

(1~5종) 분류표에서 정한 질병에 따라 진단확정을 위한 기초검사가 다를 수 있습니다.

- ④ 제2항 제1호에도 불구하고 특정순환계질환(5종)으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 특정순환계질환(1~5종) 분류표에서 정한 질병과 연관이 없는 경우 회사는 진단확정에 필요한 증거자료를 요구할 수 있습니다.

제4조(특정순환계질환주요치료의 정의)

이 특별약관에서 특정순환계질환주요치료라 함은 「특정순환계질환(5종)」의 직접적인 치료를 목적으로 시행되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「특정순환계질환(5종)」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받은 경우
2. 「특정순환계질환(5종)」의 직접적인 치료를 목적으로 「혈전용해치료」를 받은 경우
3. 「특정순환계질환(5종)」의 직접적인 치료를 목적으로 「상급종합병원 중환자실치료」를 받은 경우

제5조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료 기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(혈전용해치료의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 「혈전용해치료」라 함은 의사가 「특정순환계질환(5종)」의 직접적인 치료를 목적으로 「혈전용해제」를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.
- ② 위 제1항에서 「혈전용해제」라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(헤

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.

- ③ 위 제2항에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제7조(상급종합병원 중환자실치료의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 「상급종합병원 중환자실치료」라 함은 의사에 의하여 「특정순환계질환(5종)」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 「이 특별약관의 보험기간」중에 「특정순환계질환(5종)」으로 제8조(상급종합병원의 정의)에서 정한 상급종합병원의 중환자실에서 치료를 받은 경우를 말합니다.
- ② 위 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4(【별표12】『의료기관의 시설규격』참조)에서 정한 중환자실을 말합니다.

제8조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에 있어서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원의 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 의료법 및 관련 법령이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

【 의료법 제3조의4(상급종합병원의 지정) 】

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추어 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소

할 수 있다.

- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 보장의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「특정순환계질환(5종)」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제37조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 보험기간 중 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「특정순환계질환(5종)」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」 이내에 해지하는 경우에

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 그 때까지 적립한 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-137. 특정전염병치료비보장 특별약관, 특정전염병치료비(태아보장)보장 특별약관

※ 특정전염병치료비(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 특정전염병 분류표(【별표32】『특정전염병 분류표』참조)에서 정한「특정전염병」에 감염되어 전염병환자로 진단받아 치료를 받은 경우에는 각「특정전염병」의 치료에 대하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정전염병치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[2종] 2-138. 소아성장호르몬결핍증치료비(급여, 연간1회한)

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 「소아 성장호르몬결핍증」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「성장호르몬제치료(급여)」를 받은 경우 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 소아성장호르몬결핍증치료비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항에서 「연간」이라 함은 보험계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.
- ③ 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보험계약일은 피보험자의 보험나이 2세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 2세 계약해당일로 합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(「소아성장호르몬결핍증」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「소아성장호르몬결핍증」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 소아성장호르몬결핍증으로 분류되는 질병(【별표127】『소아성장호르몬결핍증 분류표』참조)을 말합니다.
- ② 「소아성장호르몬결핍증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 이 진단은 신체검사, X-선 촬영, 혈액검사, 유전자 검사, 영상 검사 등 의학적으로 필요한 검사에 근거하여 작성된 문서화된 기록 또는 기록 결과를 기초로 하여 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「소아성장호르몬결핍증」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(「성장호르몬제치료(급여)」의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 「성장호르몬제치료(급여)」라 함은 의사가 제3조 제1항의 「소아성장호르몬결핍증」의 직접적인 치료를 목적으로 처방한 약제로 식품의약품 안전처에서 정하는 "의약품 등 분류번호에 관한 규정"의 의약품분류번호 "241(뇌하수체호르몬제)"에 해당하는 약품 중 "Somatropin 주사제(성장호르몬제)" 또는 "Somatropin 서방형주사제(성장호르몬제)"를 말하며, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말함

니다. 다만, 급여대상 약제를 전액본인부담 또는 비급여로 투여시에는 보장에서 제외합니다.

- ② 제1항의 "Somatropin 주사제(성장호르몬제)" 또는 "Somatropin 서방형주사제(성장호르몬제)"는 유전자재조합 기술을 이용하여 사람의 성장호르몬과 유사하게 작용하는 치료제로 보건복지부에서 고시하는 "요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)"에서 정한 "소아성장호르몬결핍증으로 인한 성장호르몬제 급여 인정기준"에 모두 해당되어 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.
- ③ 제1항 내지 제2항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 "요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)" 및 "약제급여목록 및 급여상한 금액표"의 개정에 따라 "성장호르몬제치료(급여)"가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.
- ④ 제1항 내지 제3항에도 불구하고, 관련법령 등의 개정으로 「성장호르몬제 치료(급여)」 외에 추가로 「성장호르몬제치료(급여)」에 해당하는 약제치료가 있는 경우에는 그 약제치료도 포함하는 것으로 합니다.

【소아성장호르몬결핍증으로 인한 성장호르몬제 요양급여인정기준】

1. 투여대상(아래에 모두 해당될 것)
 - 1) 해당 역연령의 3퍼센타일 이하의 신장
 - 2) 2가지 이상 성장호르몬 유발검사로 확진
 - 3) 해당 역연령보다 골연령이 감소
2. 투여용량
 - 1) 「Somatropin 주사제」의 경우 : 주당 0.5 - 0.71 IU/kg
 - 2) 「Somatropin 서방형주사제」의 경우 : 주당 0.5mg/kg
3. 투여기간

: 역연령 만2세 이후부터 골단이 닫히기 전까지 투여하나 골연령이 여자의 경우 14-15세, 남자의 경우 15-16세 범위 내에서 요양급여로 인정함(동 범위 내에 포함되지만 현재 신장이 여자의 경우 153cm, 남자의 경우 165cm 초과되는 자는 전액 본인 부담으로, 요양급여로 인정되지 않음)
4. 성장호르몬제를 투여할 수 있는 요양기관 조건

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- 1) 반드시 소아과 전문의 또는 내분비학을 전공한 내과 전문의 상근
- 2) 성장호르몬제 투여에 관련된 여러 가지 검사(예 : 성장호르몬 유발검사 및 염색체검사 등)를 실시할 수 있는 인력, 시설 및 장비를 갖추고 자체 검사하여 진단·처방
- 3) 제1호 및 제2호에도 불구하고 최초 진단·처방한 요양기관에서 추적관리 하면서 약제처방만 의원에서 받는 경우는 인정

※ 상기 요양급여 인정기준은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)(시행2021.4.1.)(보건복지부고시 제2021-101호, 2021.3.30.)」 기준이며, 해당 규정이 변경되는 경우 변경된 내용을 따릅니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[2종] 2-139. 차이보존치료비(유치)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단 확정된 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)의 치료를 직접적인 목적으로 해당 유치에 대하여 보존치료를 받은 경우에는 치료항목별로 아래의 금액을 치아보존치료비(유치)로 보험수익자에게 지급합니다.

치료항목	지급금액	보장한도
아말감 또는 글래스아이오노머 충전치료	치아당 이 특별약관 보험가입금액의 10%	한도없음
아말감 또는 글래스아이오노머 이외 충전치료 (복합레진, 인레이·온레이 등)	치아당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	
크라운치료	치아당 이 특별약관 보험가입금액의 100%	연간3개한도

- ② 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보험계약일은 피보험자의 보험나이 3세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특별약관의 보험계약일은 피보험자의 보험나이 3세 계약해당일로 합니다.
- ② 아말감 또는 글래스아이오노머 보존치료, 복합레진 보존치료, 인레이·온레이 보존치료 및 크라운치료는 보존치료 치아 1개당 보험금을 지급합니다. 다만, 크라운치료의 경우에는 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)의 치료를 한 치아를 기준으로 연간 3개를 한도로 합니다.
- ③ 동일한 질병(치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환))으로 2회 이상의 치료를 받은 경우에는 하나의 질병으로 인정하여 치아당 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.
다만, 치아보존치료비(유치)가 지급된 최종 치료일부터 180일이 경과하여 개시한 치료는 새로운 질병으로 봅니다.
- ④ 동일한 질병(치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환))으로 동일한 치

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

아에 보존치료를 복합적으로 받은 경우에는 해당 보존치료 중 가장 높은 한 가지 치아보존치료비(유치)만 지급합니다.

- ⑤ 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 보험기간 중 제3조(유치 등의 정의 및 진단확정)에 따라 치아의 치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 보험기간 종료 후 해당 치료를 받은 경우, 보험기간 종료 180일 이내의 치료는 보험기간이 종료된 날의 전일이 속한 보험년도의 연간 보장한도 내에서 해당 치아보존치료비(유치)를 지급합니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(유치 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「유치」라 함은 젖니 또는 탈락치라고도 하며, 영구치가 나기 전 유아기에 사용하는 치아를 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「치아우식증(충치)」이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류코드 K02(치아우식증(충치)), K04(치수 및 치근단 주위조직의 질환)에 해당하는 것으로 치아의 석회 성분이 녹거나 파괴되었을 때 또는 이로 인한 치수염 등의 원인으로 치수 및 치근단 주위조직이 손상되어 치아를 잃게 되는 질환을 말하며, 일반적으로 충치라고 합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「치주질환(잇몸질환)」이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류코드 K05(치은(잇몸)염 및 치주질환(잇몸질환))에 해당하는 것으로 치은(잇몸)염과 치주염으로 구분할 수 있는데 염증 반응이 치은(잇몸) 조직에만 국한됐을 때는 치은(잇몸)염이라고 하고, 치은(잇몸)염을 방치해 치주인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 말하며, 일반적으로 잇몸질환이라고 합니다.
- ④ 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환)의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에 규정된 병원 또는 의원(국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 포함

합니다)의 치과의사의 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

- ⑤ 이 특별약관에서 「보존치료」라 함은 치아에 손상이 생기는 경우에 손상된 부위를 원상 회복시켜 형태학적, 기능적 복구를 도모하는 치료를 말하며, 치아에 재료를 직접 수복하는 직접보존과 구강 외에서 수복물을 제작하고 접착제를 사용하여 치아에 수복물을 접착하는 간접보존이 있습니다.
- ⑥ 이 특별약관에서 「아말감(amalgam)」이라 함은 보존치료의 한 방법으로, 이때 사용된 재료는 구리, 은, 주석 등의 합금(Alloy)과 수은의 혼합체를 말하며, 「글래스아이오노머(glass ionomer)」라 함은 주로 치경부 마모증에 사용되는 것으로 산 부식 처리가 필요없는 화학접착물을 말합니다.
- ⑦ 이 특별약관에서 「복합레진」이라 함은 구강 충전 혹은 수복 재료로 사용되는 치과용 플라스틱 레진(수지)을 말합니다.
- ⑧ 이 특별약관에서 「인레이·온레이」라 함은 제거된 충치부위의 본을 떠서 치과용 합금을 이용하여 장착하는 방식으로 치아의 일부를 회복하는 치료방법을 말합니다.
- ⑨ 이 특별약관에서 「크라운치료」라 함은 치관장착(Crown)치료를 말하며 치아에 손상이 생겨 삭제량이 많은 경우 또는 신경치료로 인해 치아의 강도가 약해질 것이 예상되는 경우에 치아의 전체를 금속 등의 재료로 씌우는 치료를 말합니다.
- ⑩ 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 외상에 의한 치아손상(치아파절 등), 치아 교모증, 치경부 마모증, 치열교정 준비 등 치아우식증(충치)이나 치주질환(잇몸질환) 이외의 원

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- 인으로 치과치료를 받은 경우
- 2. 다른 치과치료를 위하여 임시 치과치료를 한 경우
- 3. 이미 보존치료를 받은 부위에 대하여 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환) 이외의 원인으로 수리, 복구, 대체치료를 받은 경우
- 4. 라미네이트 등 미용 상의 치료

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 - 1. 청구서(회사양식)
 - 2. 치과치료관련 증명서 등
 - 가. 아래의 내용이 포함된 치과치료 진단서
 - 1) 치료한 치아의 위치 또는 치아번호
 - 2) 해당 치아의 내원 당시의 치아상태
 - 3) 직접적인 치아의 치료원인
 - 4) 치료받은 치과치료의 종류
 - 5) 치과치료 진단확정일 및 치료시작일, 치료(예정)종료일
 - 나. 치과진료기록 사본
 - 다. 치과치료 전후의 X-ray 사진
 - 라. 회사가 상기 서류 이외에 보험금 심사에 필요하다고 인정하여 추가로 요청하는 구강 내 사진 또는 이에 준하는 판독 자료
 - 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실 확인서 포함)
 - 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 치과치료관련 증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유

가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[2종] 2-140. 치아보존치료비(영구치)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단 확정된 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)의 치료를 직접적인 목적으로 해당 영구치에 대하여 보존치료를 받은 경우에는 치료항목별로 아래의 금액을 치아보존치료비(영구치)로 보험수익자에게 지급합니다.

치료항목	지급금액	보장한도
아말감 또는 글래스아이오노머 충전치료	치아당 이 특별약관 보험가입금액의 10%	한도없음
아말감 또는 글래스아이오노머 이외 충전치료 (복합레진, 인레이·온레이 등)	치아당 이 특별약관 보험가입금액의 50%	
크라운치료	치아당 이 특별약관 보험가입금액의 100%	연간3개한도

- ② 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보험계약일은 피보험자의 보험나이 6세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특별약관의 보험계약일은 피보험자의 보험나이 6세 계약해당일로 합니다.
- ② 아말감 또는 글래스아이오노머 보존치료, 복합레진 보존치료, 인레이·온레이 보존치료 및 크라운치료는 보존치료 치아 1개당 보험금을 지급합니다. 다만, 크라운치료의 경우에는 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)의 치료를 한 치아를 기준으로 연간 3개를 한도로 합니다.
- ③ 동일한 질병(치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환))으로 2회 이상의 치료를 받은 경우에는 하나의 질병으로 인정하여 치아당 1회에 한하여 보험금을 지급합니다. 다만, 치아보존치료비(영구치)가 지급된 최종 치료일부터 180일이 경과하여 개시한 치료는 새로운 질병으로 봅니다.
- ④ 동일한 질병(치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환))으로 동일한 치아에 보존치료를 복합적으로 받은 경우에는 해당 보존치료 중 가장 높은 한 가지 치아보존치료비(영구치)만 지급합니다.
- ⑤ 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 보험기간 중 제3조(영구치 등의 정의 및 진단확정)에 따라 치아의 치료가 필요하다는 진단을 받았으나 의사와 치료일정 협의를 사유로 보험기간 종료 후 해당 치료를 받은 경우, 보험기간 종료 180일 이내의 치료는 보험기간이 종료된 날의 전일이 속한 보험년도의 연간 보장한도 내에서 해당 치아보존치료비(영구치)를 지급합니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(영구치 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「영구치」라 함은 유치(幼稚, 젖니)가 빠진 후 나는 자연치아를 말합니다. 다만, 제3대구치(사랑니), 과잉치(치식(齒式)에 맞지 않고 여분으로 난 치아) 및 선천적 기형치아(왜소치 등 모양 이상치아)는 제외합니다.

【치식(齒式)】

사람의 치아는 총 32개로 구성되어 있으며, 문치(앞니), 견치(송곳니), 소구치(앞어금니), 대구치(뒷어금니)로 치열을 형성하고 있는데 그 가로선의 상하에 왼쪽으로부터 상·하악의 한쪽의 문치, 견치, 소구치, 대구치의 수를 기입한 것을 치식이라 합니다.

구 분	좌·우 각각의 치아 수					계
	문치 (앞니)	견치 (송곳니)	소구치 (앞어금니)	대구치 (뒷어금니)		
상 악	2개	1개	2개	3개	8개	16개
하 악	2개	1개	2개	3개	8개	

- ② 이 특별약관에서 「치아우식증(충치)」이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류코드 K02(치아우식증(충치)), K04(치수 및 치근단 주위조직의 질환)에 해당하는 것으로 치아의 석회 성분이 녹거나 파괴되었을 때 또는 이로 인한 치수염 등의 원인으로 치수 및 치근단 주위조직이 손상되어 치아를 잃게 되는 질환을 말하며, 일반적으로 충치라고 합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「치주질환(잇몸질환)」이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류코드 K05(치은(잇몸)염 및 치주질환(잇몸질환))에 해당하는 것으로 치은(잇몸)염과 치주염으로 구분할 수 있는데 염증 반응이 치은(잇몸) 조직에만 국한됐을 때는 치은(잇몸)염이라고 하고, 치은(잇몸)염을 방치해 치주인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 말하며, 일반적으로 잇몸질환이라고 합니다.
- ④ 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환)의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에 규정된 병원 또는 의원(국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 포함합니다)의 치과의사의 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ⑤ 이 특별약관에서 「보존치료」라 함은 치아에 손상이 생기는 경우에 손상된 부위를 원상 회복시켜 형태학적, 기능적 복구를 도모하는 치료를 말하며, 치아에 재료를 직접 수복하는 직접보존과 구강 외에서 수복물을 제작하고 접착제를 사용하여 치아에 수복물을 접착하는 간접보존이 있습니다.
- ⑥ 이 특별약관에서 「아말감(amalgam)」이라 함은 보존치료의 한 방법으로, 이때 사용된 재료는 구리, 은, 주석 등의 합금(Alloy)과 수은의 혼합체를 말하며, 「글래스아이오노머(glass ionomer)」라 함은 주로 치경부 마모증에 사용되는 것으로 산 부식 처리가 필요없는 화학접착물을 말합니다.
- ⑦ 이 특별약관에서 「복합레진」이라 함은 구강 충전 혹은 수복 재료로 사용되는 치과용 플라스틱 레진(수지)을 말합니다.
- ⑧ 이 특별약관에서 「인레이·온레이」라 함은 제거된 충치부위의 본을 떠서 치과용 합금을 이용하여 장착하는 방식으로 치아의 일부를 회복하는 치료방법을 말합니다.
- ⑨ 이 특별약관에서 「크라운치료」라 함은 치관장착(Crown)치료를 말하며 치아에 손상이 생겨 삭제량이 많은 경우 또는 신경치료로 인해 치아의 강도가 약해질 것이 예상되는 경우에 치아의 전체를 금속 등의 재료로 씌우는 치료를 말합니다.
- ⑩ 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에도 아래에 열거된 행위를 하던 중 발생한 사고로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 외상에 의한 치아손상(치아파절 등), 치아 교모증, 치경부 마모증, 치열교정 준비 등 치아우식증(충치)이나 치주질환(잇몸질환) 이외의 원인으로 치과치료를 받은 경우

2. 다른 치과치료를 위하여 임시 치과치료를 한 경우
3. 이미 보존치료를 받은 부위에 대하여 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환) 이외의 원인으로 수리, 복구, 대체치료를 받은 경우
4. 라미네이트 등 미용 상의 치료

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 치과치료관련 증명서 등
 - 가. 아래의 내용이 포함된 치과치료 진단서
 - 1) 치료한 치아의 위치 또는 치아번호
 - 2) 해당 치아의 내원 당시의 치아상태
 - 3) 직접적인 치아의 치료원인
 - 4) 치료받은 치과치료의 종류
 - 5) 치과치료 진단확정일 및 치료시작일, 치료(예정)종료일
 - 나. 치과진료기록 사본
 - 다. 치과치료 전후의 X-ray 사진
 - 라. 회사가 상기 서류 이외에 보험금 심사에 필요하다고 인정하여 추가로 요청하는 구강 내 사진 또는 이에 준하는 판독 자료
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 치과치료관련 증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관이어야 합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[2종] 2-141. 부정교합치료비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 Angle씨 부정교합(不正咬合) 분류법의 II급 또는 III급으로 치과의사에 의해 판정되고 그로 인하여 교정치료를 요한다는 치과의사의 진단이 있는 경우 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 부정교합치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

< Angle씨 부정교합 분류 >

구분	분류
II급	하악대구치(아래 어금니)가 상악대구치(윗 어금니)에 비해 원심(안면에서 후방)쪽으로 치우쳐있는 경우
III급	하악대구치(아래 어금니)가 상악대구치(윗 어금니)에 비해 근심(안면에서 전방)쪽으로 치우쳐있는 경우

- ② 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보험계약일은 피보험자의 보험나이 6세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특별약관의 보험계약일은 피보험자의 보험나이 6세 계약해당일로 합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 단순치열교정 등은 보상하지 않습니다.

제4조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 계약을 체결할 때 피보험자 나이가 이미 2세를 초과한 경우
2. 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항의 보험계약일 이전에 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 부정교합치료비 지급사유가 발생한 경우

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 부정교합치료를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 2-142. 질병입원일당(1일이상180일한도)보장 특별약관,
질병입원일당(1일이상180일한도)(태아보장)보장 특별약관

※ 질병입원일당(1일이상180일한도)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 이하 같습니다)에 1일이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당

이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당(1일이상180일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병입원일당(1일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원 당 180일을 최고 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당(1일 이상180일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 질병입원일당(1일 이상180일한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

최초입원일	입원급여금이 지급된 최종입원일	1일째부터 보장재개	
	퇴원없이 계속입원		...
보장 (180일)	보장제외 (180일)	보장 (180일)	...

- ③ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 보험기간 중 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(1일이상180일한도)을 계속 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 질병입원일당(1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신 상실
 2. 성병
 3. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
 4. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 5. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 6. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 7. 정상분만, 치과질환

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유

가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 2-143. 질병입원일당(181일이상365일한도)(요양/정신/한방병원제외)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 요양병원, 정신병원 및 한방병원을 제외한 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 181일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 181일째 입원일로부터 입원1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당(181일이상365일한도)(요양/정신/한방병원제외)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병입원일당(181일이상365일한도)(요양/정신/한방병원제외)의 지급일수는 1회 입원당 185일을 한도로 합니다.
- ② 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 요양병원, 정신병원 및 한방병원 이외의 병원 또는 의원에 180일을 초과하여 입원한 날만을 기준으로 합니다.
- ② 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우(동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 병원(요양병원, 정신병원 및 한방병원 제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함) 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당(181일 이상365일한도)(요양/정신/한방병원제외)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
다만, 다음과 같이 질병입원일당(181일 이상365일한도)(요양/정신/한방병원제외)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당(요양/정신/한방병원제외)(181일 이상365일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【질병입원일당(요양/정신/한방병원제외)(181일 이상365일한도)[예시]】					
최초입원일		보험금이 지급된 최종입원일		보장재개	
		퇴원없이 계속입원			
미보장 (180일)	보장 (185일)	보장제외 (180일)	미보장 (180일)	보장 (185일)	

- ④ 피보험자가 보험기간 중 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(181일 이상365일한도)(요양/정신/한방병원제외)을 계속 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 질병입원일당(요양/정신/한방병원제외)(181일 이상365일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원 또는 의원

(한의원을 포함합니다)에 의하여 치료를 받던 중 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(181일이상365일한도)(요양/정신/한방병원제외)을 지급합니다.

- ⑦ 피보험자가 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다)으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(181일이상365일한도)(요양/정신/한방병원제외)을 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 해당하게 된 경우 지정일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(181일이상365일한도)(요양/정신/한방병원제외)을 지급합니다.
- ⑨ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」에 해당하게 된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(181일이상365일한도)(요양/정신/한방병원제외)을 지급합니다.
- ⑩ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「요양병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「정신병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 정신병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 정신병원을 말합니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ③ 이 특별약관에서 「한방병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 한방병원을 말합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 2. 성병
 3. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
 4. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 5. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 6. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 7. 정상분만, 치과질환

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에

따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 2-144. 질병입원후통원일당(3일이상계속입원,20일한도) 특별약관,
질병입원후통원일당(3일이상계속입원,20일한도)(태아보장) 특별약관

- ※ 질병입원후통원일당(3일이상계속입원,20일한도)(태아보장) 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

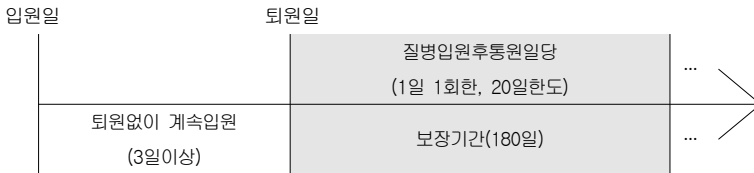
회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 인해 다음 각 호에 모두 해당되는 경우(이하 「입원후통원」이라 합니다)에는 통원 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원후통원일당으로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 질병의 치료를 목적으로 3일이상 병원(치과의원, 한의원, 치과병원 및 한방병원 제외)에 퇴원 없이 계속 입원하여 치료를 받고 퇴원한 경우
2. 질병의 치료를 목적으로 제1호의 퇴원일(이하 질병입원후통원일당의 「기준일」이라 합니다)부터 180일 이내에 병원(치과의원, 한의원, 치과병원 및 한방병원 제외)에 통원한 경우

3. 제1호 및 제2호는 동일한 질병의 치료를 목적으로 합니다.

다만, 질병입원후통원일당의 지급횟수는 1일 통원당 1회에 한하며, 20일을 한도로 합니다.

【 질병입원후통원일당(3일이상계속입원,20일한도) 보장기간[예시] 】



※ 피보험자가 해당 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원(통원) 하더라도 치과의원, 한의원, 치과병원 및 한방병원에 입원(통원)한 경우에는 보험금 지급사유에서 제외됩니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 퇴원한 날의 다음날까지 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 다시 입원(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우를 포함합니다)한 경우에는 퇴원없이 계속입원 한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)의 퇴원일을 포함하여 2일이 지난 이후에는 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 다시 입원하더라도 질병입원후통원일당의 기준일(퇴원일), 지급횟수 및 지급한도는 변경되지 않습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 제1조(보험금의 지급사유)의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 동일한 질병에 대한 입원이라도 새로운 입원으로 봅니다.
- ④ 이 특별약관에서 「동일한 질병」이란 제8차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)의 3자리 분류번호가 동일한 경우를 말합니다. 이 외에도 통원기간 중에 제1조(보험금의 지급사유) 제3호에서 정한 「동일한 질병」의 분류번호와 다른 분류번호를 진단 받았으나 제8차 한국표준질병사인분류의 기준에 따라 분류번호를 동시에 부여가 가능한 경우에도 「동일한 질병」으로 봅니다.

- ⑤ 동일한 입원기간 내에 2가지 이상의 질병을 진단확정 받았더라도 입원 후 통원일수는 질병별로 각각 적용하지 않고, 합산하여 최대 20일을 한도로 합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원후통원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않을 수 있습니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

【 용어해설 】

[한국표준질병사인분류 부호 체계]

질병의 원인과 증상 두 가지 모두에 관한 정보를 포함하는 진단을 위해 아래 두 가지 분류부호가 사용됩니다. 또한 원인과 질환에 따라 동시에 사용될 수 있습니다.

- 검표(+) : 원인이 되는 질환에 대한 질병분류코드
- 별표(*) : 원인(검표)으로 인한 발현증세에 대한 질병분류코드

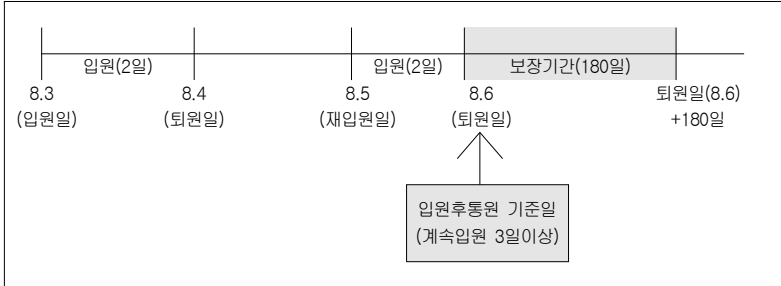
[3자리 분류번호]

I20, I24 등은 3자리로 표현된 분류번호라 합니다.

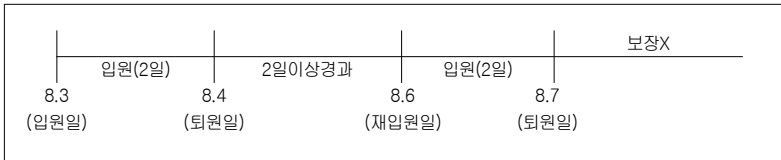
예를 들어 I20.8과 I20.9의 3자리 분류번호는 I20으로 동일하지만, I20.8과 I25.4의 3자리 분류번호는 각각 I20과 I25로 다릅니다.

3자리 분류번호	대상 질병코드
I20	I20, I20.0, I20.1, I20.8, I20.9
I24	I24, I24.0, I24.1, I24.8, I24.9
I25	I25, I25.0, I25.1, I25.2, I25.3, I25.4, I25.5, I25.6, I25.8, I25.9

[보상예시] 퇴원한 날의 다음날까지 동일한 질병으로 재입원시

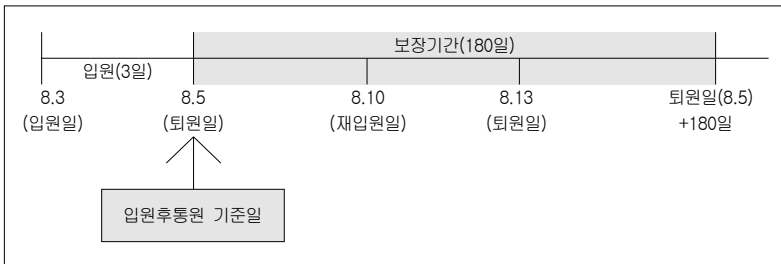


⇒ 퇴원한 날의 다음날까지 동일한 질병으로 재입원시 퇴원없이 계속입원으로 보아 입원일수를 합산함



⇒ 퇴원한 날의 다음날까지 재입원하지 않은 경우 입원일수를 합산하지 않음 (계속입원일이 3일 미만으로 입원후통원 미해당)

[보상예시] 퇴원일 포함 2일이 지난 이후에 동일한 질병으로 재입원시



⇒ 동일한 질병으로 다시 입원하더라도 입원후통원의 기준일(퇴원일), 지급횟수 및 지급한도는 변경되지 않음 (단, 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 동일한 질병에 대한 입원이라도 새로운 입원으로 봄)

제3조(통원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제5조(병원 등의 정의)에서 정한 병원(치과의원, 한의원, 치과병원 및 한방병원 제외)에 입원하지 않고 내원하여 의사의 면허를 가진 자의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제5조(병원 등의 정의)에서 정한 병원(치과의원, 한의원, 치과병원 및 한방병원 제외)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【 유의사항 】

< 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 >

- 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미
- 입원산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함
- 낮 병동에 입원하는 경우 등 상기 내용은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침(2021년 7월판)기준을 따르며, 심사지침이 변경될 경우 변경된 지침을 따릅니다.

제5조(병원 등의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「치과의원」 및 「한의원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제1호에서 규정한 국내의 치과의원 및 한의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 치과의원 및 한의원을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「치과병원」 및 「한방병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호에서 규정한 국내의 치과병원 및 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 치과병원 및 한방병원을 말합니다.

【 의료법 제3조(의료기관) 】

- ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원
 - 나. 치과의원
 - 다. 한의원
 2. 조산원: 조산사가 조산과 임신부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
 3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 병원
 - 나. 치과병원
 - 다. 한방병원
 - 라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 정신병원
 - 바. 종합병원
- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신 상실

2. 성병
3. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
4. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
5. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
6. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
7. 정상분만, 치과질환

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-145. 질병입원일당(중환자실, 1일이상180일한도)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 중환자실에 1일이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당(중

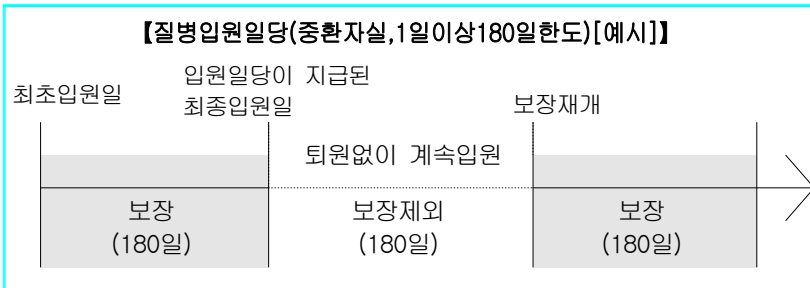
▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

환자실,1일이상180일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병 입원일당(중환자실,1일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

- ② 제1항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표4(【별표12】『의료기관의 시설규격』 참조)에서 정한 중환자실을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당(중환자실,1일이상180일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 질병 입원일당(중환자실,1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당(중환자실,1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 보험기간 중 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(중환자실,1일이상180일한도)을 계속 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은

경우에는 회사는 질병입원일당(중환자실, 1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 2. 성병
 3. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
 4. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 5. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 6. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 7. 정상분만, 치과질환

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 2-146. 질병입원일당(종합병원, 1일 이상 180일 한도)보장 특별약관,
질병입원일당(종합병원, 1일 이상 180일 한도)(태아보장)보장 특별약관

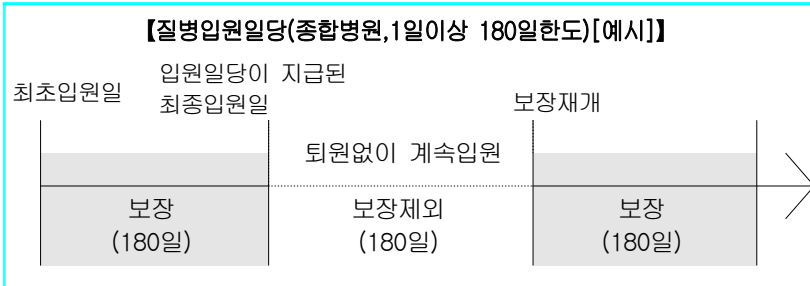
※ 질병입원일당(종합병원, 1일 이상 180일 한도)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 종합병원에 1일 이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당(종합병원, 1일 이상 180일 한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병입원일당(종합병원, 1일 이상 180일 한도)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 질병입원일당(종합병원,1일이상 180일한도)의 경우 종합병원에 입원한 날만을 기준으로 180일을 계산합니다.
- ② 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당(종합병원,1일이상 180일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 질병입원일당(종합병원,1일이상 180일한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당(종합병원,1일이상 180일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



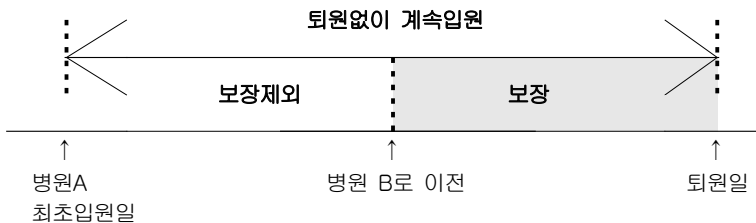
- ④ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 피보험자가 보험기간 중 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(종합병원,1일이상 180일한도)을 계속 지급합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 질병입원일당(종합병원,1일이상 180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(종합병원,1일이상 180일한도)

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

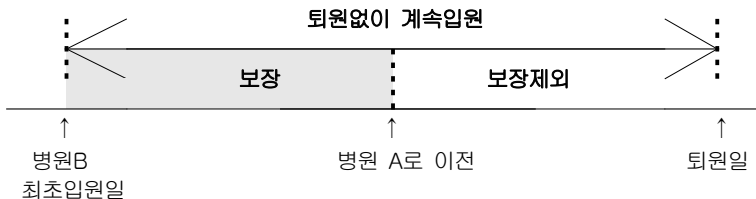
도)을 지급합니다.

- ⑧ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원 시작한날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(종합병원,1일이상 180일한도)을 지급합니다.
- ⑨ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원으로 지정되는 경우 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(종합병원,1일이상 180일한도)을 지급합니다.
- ⑩ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원 지정이 취소되는 경우 최초 퇴원하기 전까지 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(종합병원,1일이상 180일한도)을 지급합니다.
- ⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

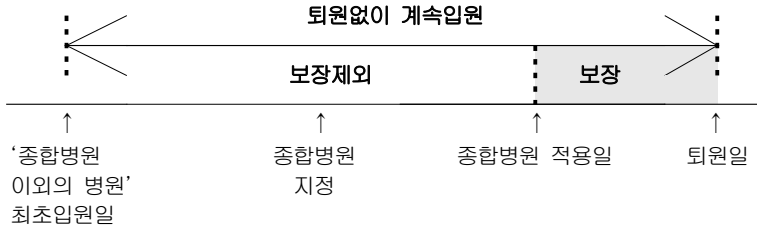
<종합병원이외의병원'(병원A)에서 종합병원(병원B)으로 이전한 경우>



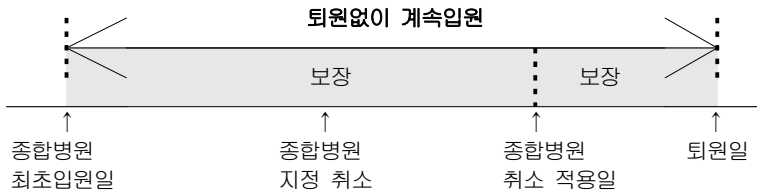
<종합병원(병원B)에서 '종합병원 이외의 병원'(병원A)으로 이전한 경우>



<‘종합병원이외의병원’에 입원 중에 종합병원으로 지정된 경우>



<종합병원에 입원 중에 종합병원의 지정이 취소된 경우>



제3조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

【 의료법 제3조의3(종합병원) 】

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
 1. 100개 이상의 병상을 갖춘 것
 2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

- ② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 “필수진료과목”이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제3조(종합병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 종합병원의 지정이 의료법 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정 에 따라 변경된 경우에는 종합병원에 입원하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 상급종합병원 입원과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장 내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
 1. 법령의 개정에 따라 상급종합병원 지정제도가 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정에 따라 상급종합병원 판정이 불가능한 경우
 3. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 가입금액 변경내역, 보험료 수준 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는

계약자에게 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

- ⑤ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 - 2. 성병
 - 3. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
 - 4. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 - 5. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 - 6. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 - 7. 정상분만, 치과질환

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

현료를 지급합니다.

- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

**[1종, 2종] 2-147. 질병입원일당(종합병원,1인실,1일이상30일한도)보장 특별약관,
질병입원일당(종합병원,1인실,1일이상30일한도)(태아보장)보장 특별약관**

- ※ 질병입원일당(종합병원,1인실,1일이상30일한도)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 종합병원의 1인실에 1일이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당(종합병원,1인실,1일이상30일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병입원일당(종합병원,1인실,1일이상30일한도)의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.
- ② 1항의 「1인실」은 「특실」 병실도 포함합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 질병입원일당(종합병원,1인실,1일이상30일한도)의 경우 종합병원의 1인실에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.

- ② 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제1항을 적용합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당(종합병원, 1인실, 1일이상30일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 질병입원일당(종합병원, 1인실, 1일이상30일한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당(종합병원, 1인실, 1일이상30일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

최초입원일	입원급여금이 지급된 최종입원일	1일째부터 보장재개	
	퇴원없이 계속입원		...
보장 (30일)	보장제외 (180일)	보장 (30일)	...

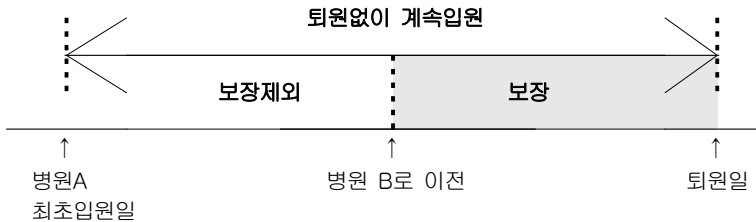
- ④ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 피보험자가 보험기간 중 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 계속적인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(종합병원, 1인실, 1일이상30일한도)을 계속 지급합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당(종합병원, 1인실, 1일이상30일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(종합병원, 1인실, 1일이상30일한도)을 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원으로 지정되는 경우 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(종합병원, 1인실, 1일이상30일한도)을 지급합

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

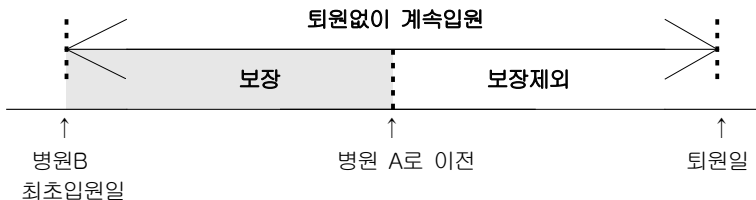
니다.

- ⑨ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원으로 지정되는 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(종합병원, 1인실, 1일 이상 30일 한도)을 지급합니다.
- ⑩ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원 지정이 취소된 경우 최초 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(종합병원, 1인실, 1일 이상 30일 한도)을 지급합니다.
- ⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

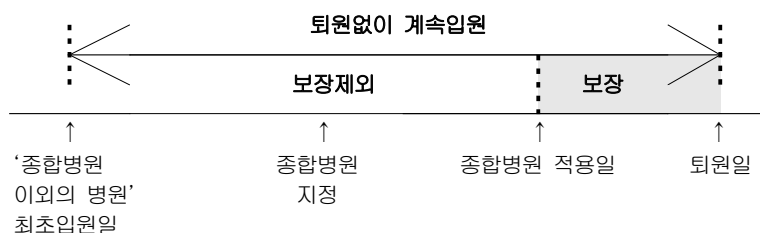
<‘종합병원이외의병원’(병원A)에서 종합병원(병원B)으로 이전한 경우>



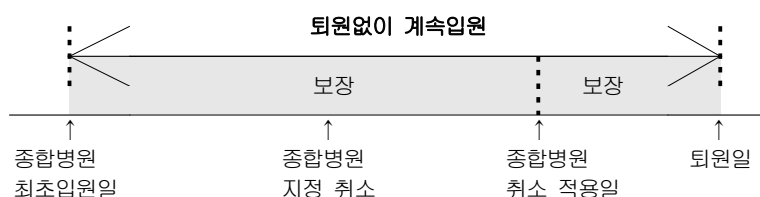
<종합병원(병원B)에서 ‘종합병원 이외의 병원’(병원A)으로 이전한 경우>



<한양포원,이외의포원'에 인원 중에 한양포원으로 지정된 경우>



〈중합보원에 입원 중에 중합보원의 지정이 취소된 경우〉



제3조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

【 의료법 제3조의3(종합병원) 】

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
1. 100개 이상의 병상을 갖추 것
 2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

- ② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 “필수진료과목”이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제3조(종합병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 종합병원의 지정이 의료법 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정 에 따라 변경된 경우에는 종합병원에 입원하는 시점의 법령에 따른 기준 을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 종합병원 입원과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
 1. 법령의 개정에 따라 종합병원 지정제도가 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정에 따라 종합병원 판정이 불가능한 경우
 3. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 가입금액 변경내역, 보험료 수준 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는

계약자에게 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

- ⑤ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 - 2. 성병
 - 3. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
 - 4. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 - 5. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 - 6. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 - 7. 정상분만, 치과질환

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-148. 질병입원일당(종합병원, 2~3인실, 1일이상30일한도)보장 특별약관,
질병입원일당(종합병원, 2~3인실, 1일이상30일한도)(태아보장)보장 특별약관

※ 질병입원일당(종합병원, 2~3인실, 1일이상30일한도)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 종합병원의 2~3인실에 1일이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당(종합병원, 2~3인실, 1일이상30일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병입원일당(종합병원, 2~3인실, 1일이상30일한도)의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 질병입원일당(종합병원, 2~3인실, 1일이상30일한도)의 경우 종합병원의 2~3인실에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.
- ② 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 2회 이상 입원한 경우

이를 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제1항을 적용합니다.

- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당(종합병원, 2~3인실, 1일 이상 30일 한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 질병입원일당(종합병원, 2~3인실, 1일 이상 30일 한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당(종합병원, 2~3인실, 1일 이상 30일 한도)이 지급된 최종입원의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

최초입원일	입원급여금이 지급된 최종입원일	1일째부터 보장재개	
	퇴원없이 계속입원		...
보장 (30일)	보장제외 (180일)	보장 (30일)	...

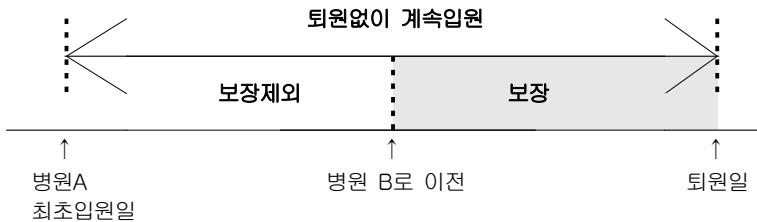
- ④ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 피보험자가 보험기간 중 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 계속적인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(종합병원, 2~3인실, 1일 이상 30일 한도)을 계속 지급합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당(종합병원, 2~3인실, 1일 이상 30일 한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(종합병원, 2~3인실, 1일 이상 30일 한도)을 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원 시작한날까지 제1조(보험금의

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

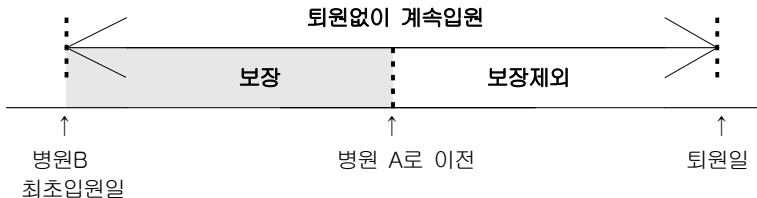
지급사유)에 따라 질병입원일당(종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)을 지급합니다.

- ⑨ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원으로 지정되는 경우 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)을 지급합니다.
- ⑩ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원 지정이 취소된 경우 최초 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)을 지급합니다.
- ⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

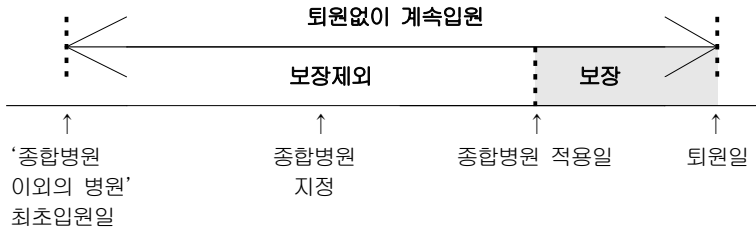
<‘종합병원이외의병원’(병원A)에서 종합병원(병원B)으로 이전한 경우>



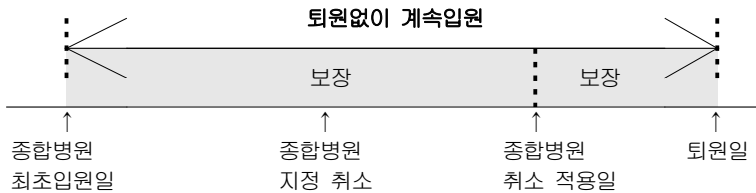
<종합병원(병원B)에서 ‘종합병원 이외의 병원’(병원A)으로 이전한 경우>



<‘종합병원이외의병원’에 입원 중에 종합병원으로 지정된 경우>



<종합병원에 입원 중에 종합병원의 지정이 취소된 경우>



제3조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급 종합병원을 포함합니다.

【 의료법 제3조의3(종합병원) 】

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
 1. 100개 이상의 병상을 갖춘 것
 2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

- ② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 “필수진료과목”이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제3조(종합병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 종합병원의 지정이 의료법 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정 에 따라 변경된 경우에는 종합병원에 입원하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 종합병원 입원과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
 1. 법령의 개정에 따라 종합병원 지정제도가 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정에 따라 종합병원 판정이 불가능한 경우
 3. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 가입금액 변경내역, 보험료 수준 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는

계약자에게 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

- ⑤ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 - 2. 성병
 - 3. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
 - 4. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 - 5. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 - 6. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 - 7. 정상분만, 치과질환

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-149. 질병입원일당(종합병원, 4~5인실, 1일이상30일한도)보장 특별약관,
질병입원일당(종합병원, 4~5인실, 1일이상30일한도)(태아보장)보장 특별약관

※ 질병입원일당(종합병원, 4~5인실, 1일이상30일한도)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 종합병원의 4~5인실에 1일이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당(종합병원, 4~5인실, 1일이상30일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병입원일당(종합병원, 4~5인실, 1일이상30일한도)의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 질병입원일당(종합병원, 4~5인실, 1일이상30일한도)의 경우 종합병원의 4~5인실에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.
- ② 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제1항을 적용합니다.

- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당(종합병원, 4~5인실, 1일 이상 30일 한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 질병입원일당(종합병원, 4~5인실, 1일 이상 30일 한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당(종합병원, 4~5인실, 1일 이상 30일 한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

최초입원일	입원급여금이 지급된 최종입원일	1일째부터 보장재개	
	퇴원없이 계속입원		...
보장 (30일)	보장제외 (180일)	보장 (30일)	...

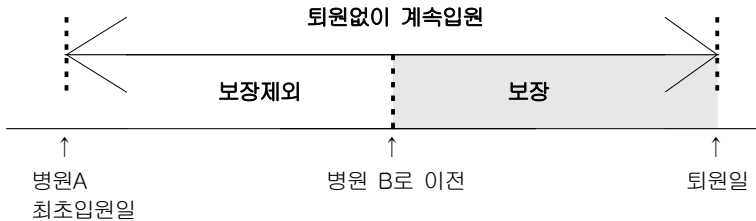
- ④ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원 일수를 더합니다.
- ⑤ 피보험자가 보험기간 중 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 계속적인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(종합병원, 4~5인실, 1일 이상 30일 한도)을 계속 지급합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당(종합병원, 4~5인실, 1일 이상 30일 한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(종합병원, 4~5인실, 1일 이상 30일 한도)을 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원 시작한 날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(종합병원, 4~5인실, 1일 이상 30일 한도)을

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

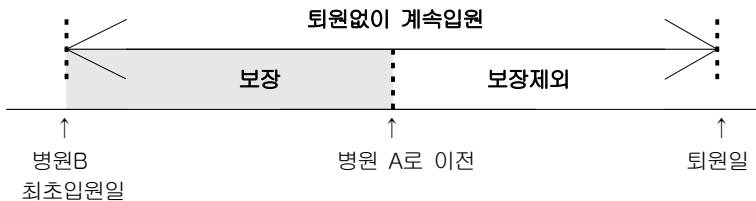
지급합니다.

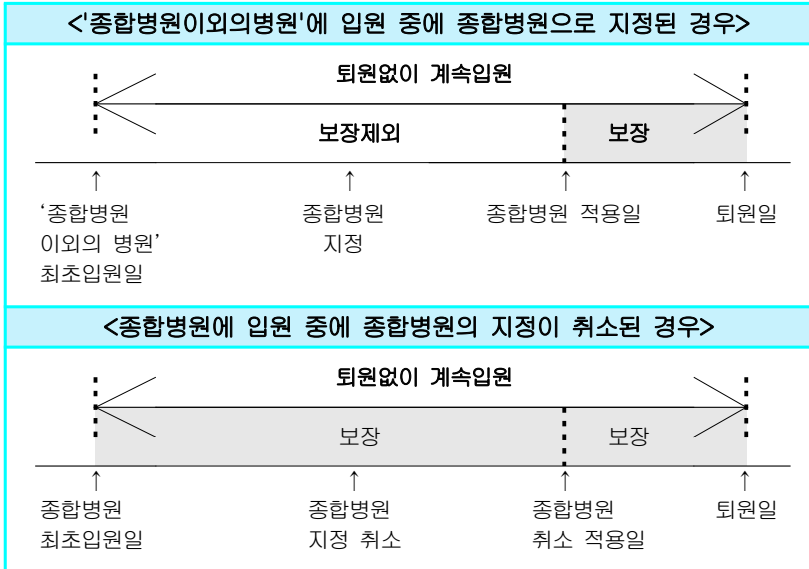
- ⑨ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원 이 종합병원으로 지정되는 경우 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(종합병원, 4~5인실, 1일이상30일한도)을 지급합니다.
- ⑩ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원 지정이 취소된 경우 최초 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(종합병원, 4~5인실, 1일이상30일한도)을 지급합니다.
- ⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<‘종합병원이외의병원’(병원A)에서 종합병원(병원B)으로 이전한 경우>



<종합병원(병원B)에서 ‘종합병원 이외의 병원’(병원A)으로 이전한 경우>





제3조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급 종합병원을 포함합니다.

【 의료법 제3조의3(종합병원) 】

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
 1. 100개 이상의 병상을 갖춘 것
 2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

- ② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 “필수진료과목”이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제3조(종합병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 종합병원의 지정이 의료법 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정 에 따라 변경된 경우에는 종합병원에 입원하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 종합병원 입원과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
 1. 법령의 개정에 따라 종합병원 지정제도가 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정에 따라 종합병원 판정이 불가능한 경우
 3. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 가입금액 변경내역, 보험료 수준 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는

계약자에게 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

- ⑤ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 - 2. 성병
 - 3. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
 - 4. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 - 5. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 - 6. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 - 7. 정상분만, 치과질환

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-150. 질병입원일당(상급종합병원, 1일이상180일한도)보장 특별약관,
질병입원일당(상급종합병원, 1일이상180일한도)(태아보장)보장 특별약관

※ 질병입원일당(상급종합병원, 1일이상180일한도)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

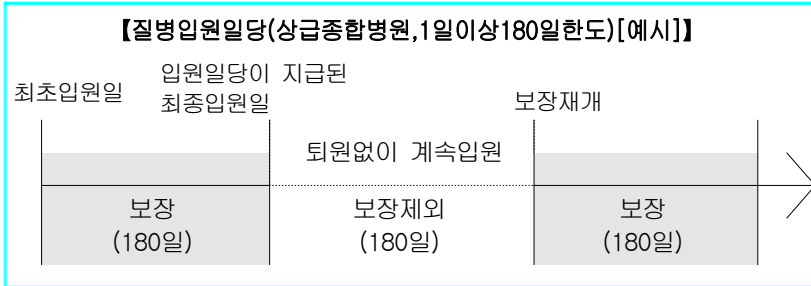
제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 상급종합병원에 1일이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당(상급종합병원, 1일이상180일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병입원일당(상급종합병원, 1일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 질병입원일당(상급종합병원, 1일이상180일한도)의 경우 상급종합병원에 입원한 날만을 기준으로 180일을 계산합니다.
- ② 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당(상급

종합병원,1일이상180일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 질병입원일당(상급종합병원,1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당(상급종합병원,1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



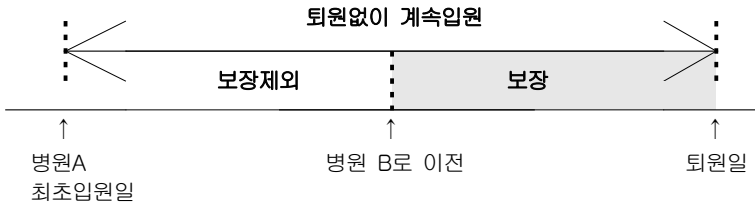
- ④ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 피보험자가 보험기간 중 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(상급종합병원,1일이상180일한도)을 계속 지급합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 질병입원일당(상급종합병원,1일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(상급종합병원,1일이상180일한도)을 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원 시작한날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(상급종합병원,1일이상180일한도)을 지급합니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

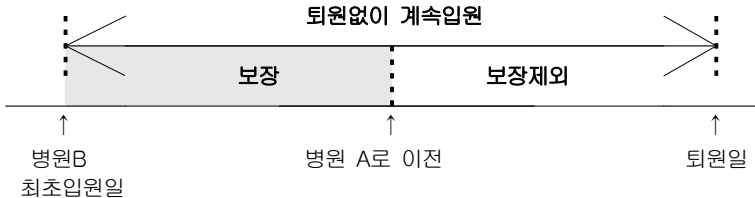
도)을 지급합니다.

- ⑨ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원으로 지정되는 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(상급종합병원, 1일 이상 180일 한도)을 지급합니다.
- ⑩ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원 지정이 취소되는 경우 최초 퇴원하기 전까지 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(상급종합병원, 1일 이상 180일 한도)을 지급합니다.
- ⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

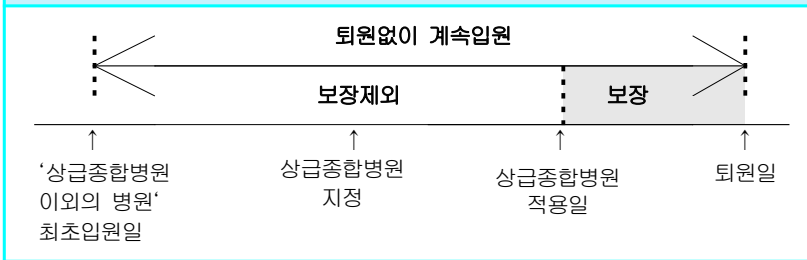
<‘상급종합병원(병원A)이외의병원’(병원A)에서 상급종합병원(병원B)으로 이전한 경우>



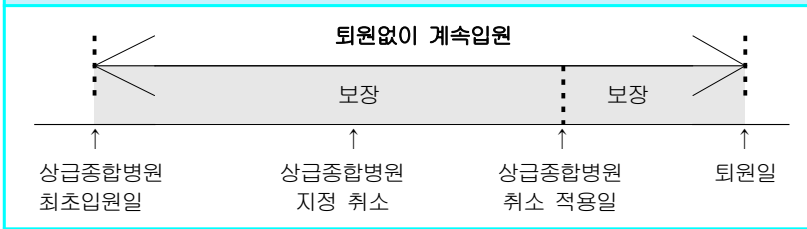
<상급종합병원(병원B)에서 ‘상급종합병원 이외의 병원’(병원A)으로 이전한 경우>



<‘상급종합병원이외의병원’에 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우>



<상급종합병원에 입원 중에 상급종합병원의 지정이 취소된 경우>



제3조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에 있어서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

【 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정) 】

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
 1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추어 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 ‘의료법 제3조(의료기관) 내지 제3조의4(상급종합병원)에서 정한 상급종합병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관’에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정) 】

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
 - 1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 - 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 - 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추는 것
 - 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는

단체에 위탁할 수 있다.

- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제5조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 상급종합병원의 지정이 의료법 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 상급종합병원에 입원하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 상급종합병원 입원과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
 1. 법령의 개정에 따라 상급종합병원 지정제도가 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정에 따라 상급종합병원 판정이 불가능한 경우
 3. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 가입금액 변경내역, 보험료 수준 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신 상실
 2. 성병
 3. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
 4. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 5. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 6. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 7. 정상분만, 치과질환

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

**[1종, 2종] 2-151. 질병입원일당(상급종합병원,1인실,1일이상60일한도)보장 특별약관,
질병입원일당(상급종합병원,1인실,1일이상60일한도)(태아보장)보장 특별약관**

- ※ 질병입원일당(상급종합병원,1인실,1일이상60일한도)(태아보장)보장 특별
약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경
우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진
단확정된 질병으로 상급종합병원의 1인실에 1일이상 계속입원하여 치료
를 받은 경우에는 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일
당(상급종합병원,1인실,1일이상60일한도)으로 보험수익자에게 지급합니
다. 다만, 질병입원일당(상급종합병원,1인실,1일이상60일한도)의 지급일
수는 1회 입원당 60일을 한도로 합니다.
- ② 1항의 「1인실」은 「특실」 병실도 포함합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 질병입원일당(상급종합병원,1인실,1일이상60
일한도)의 지급일수는 상급종합병원의 1인실에 입원한 날만을 기준으로
60일을 계산합니다.
- ② 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 2회 이상 입원한 경우
이를 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제1항을 적용합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당(상급
종합병원,1인실,1일이상60일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180
일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같
이 질병입원일당(상급종합병원,1인실,1일이상60일한도)이 지급된 최종입
원일부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 질병
입원일당(상급종합병원,1인실,1일이상60일한도)이 지급된 최종입원일의
그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

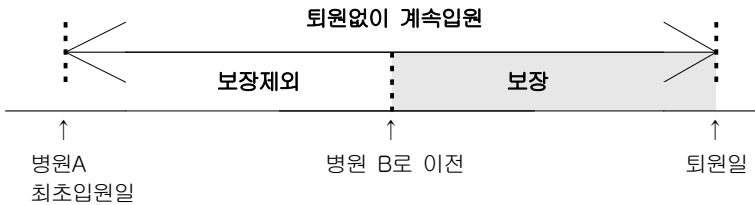
최초입원일	입원급여금이 지급된 최초입원일	1일째부터 보장재개	
	퇴원없이 계속입원		...
보장 (60일)	보장제외 (180일)	보장 (60일)	...

- ④ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원 일수를 더합니다.
- ⑤ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 계속적인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 질병입원일당(상급종합병원,1인실,1일이상60일한도)을 계속 보장합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당(상급종합병원,1인실,1일이상60일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(상급종합병원,1인실,1일이상60일한도)을 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원 시작한날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(상급종합병원,1인실,1일이상60일한도)을 지급합니다.
- ⑨ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 상급종합병원으로 지정되는 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(상급종합병원,1인실,1일이상60일한도)을 지급합니다.
- ⑩ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급중

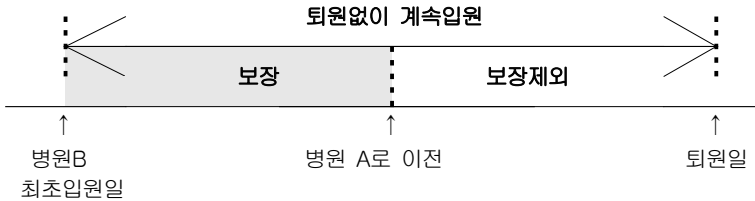
합병원 지정이 취소된 경우 최초 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(상급종합병원, 1인실, 1일이상60일한도)을 지급합니다.

- ⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

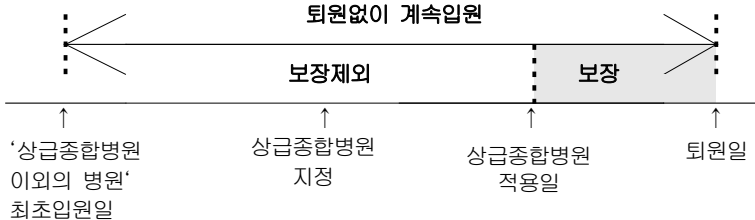
<'상급종합병원 이외의 병원'(병원A)에서 상급종합병원(병원B)으로 이전한 경우>

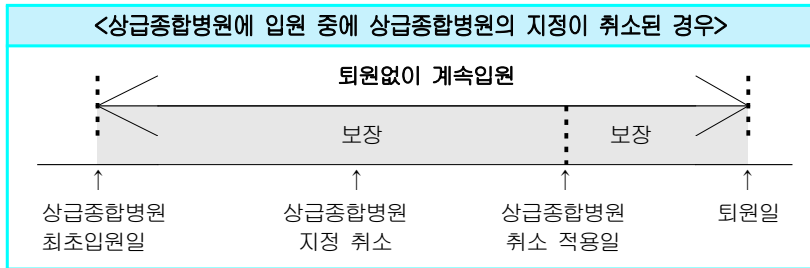


<상급종합병원(병원B)에서 '상급종합병원 이외의 병원'(병원A)으로 이전한 경우>



<'상급종합병원 이외의 병원'에 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우>





제3조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

【 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정) 】

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
 1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖춘 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제3조(상급종합병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 상급종합병원의 지정이 의료법 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 상급종합병원에 입원하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 상급종합병원 입원과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
 1. 법령의 개정에 따라 상급종합병원 지정제도가 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정에 따라 상급종합병원 판정이 불가능한 경우
 3. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 가입금액 변경내역, 보험료 수준 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신 상실
 2. 성병
 3. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
 4. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 5. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 6. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 7. 정상분만, 치과질환

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-152. 질병입원일당(상급종합병원, 2~3인실, 1일이상30일한도)보장 특별약관,
질병입원일당(상급종합병원, 2~3인실, 1일이상30일한도)(태아보장)보장 특별약관

※ 질병입원일당(상급종합병원, 2~3인실, 1일이상30일한도)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 상급종합병원의 2~3인실에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당(상급종합병원, 2~3인실, 1일이상30일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병입원일당(상급종합병원, 2~3인실, 1일이상30일한도)의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 질병입원일당(상급종합병원, 2~3인실, 1일이상30일한도)의 지급일수는 상급종합병원의 2~3인실에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.
- ② 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제1항을 적용합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당(상급종합병원, 2~3인실, 1일이상30일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 질병입원일당(상급종합병원, 2~3인실, 1일이상30일한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

질병입원일당(상급종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

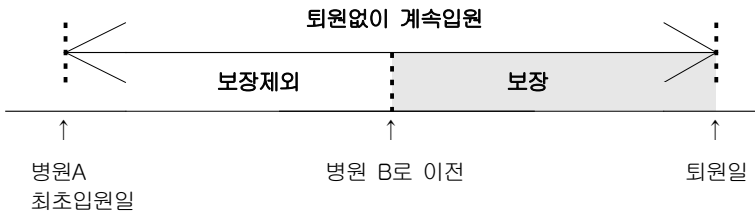
최초입원일	입원급여금이 지급된 최종입원일	1일째부터 보장재개	
	퇴원없이 계속입원		...
보장 (30일)	보장제외 (180일)	보장 (30일)	...

- ④ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 계속적인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 질병입원일당(상급종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)을 계속 보장합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당(상급종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(상급종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)을 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원 시작한날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(상급종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)을 지급합니다.
- ⑨ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원으로 지정되는 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(상급종합병원,2~3인실,1일이상30일한도)을 지급합니다.
- ⑩ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급중

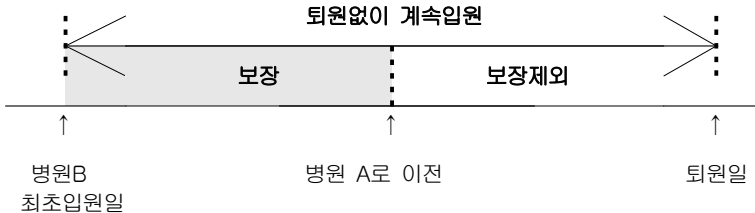
합병원 지정이 취소된 경우 최초 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(상급종합병원, 2~3인실, 1일이상30일한도)을 지급합니다.

- ⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

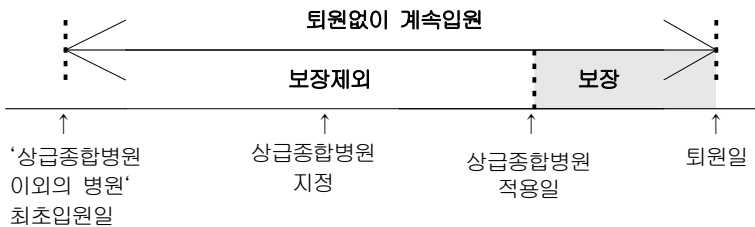
<'상급종합병원 이외의 병원'(병원A)에서 상급종합병원(병원B)으로 이전한 경우>



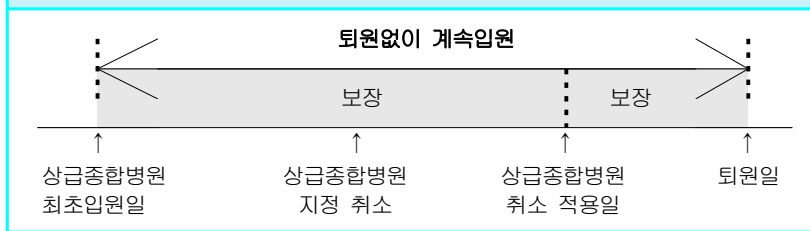
<상급종합병원(병원B)에서 '상급종합병원 이외의 병원'(병원A)으로 이전한 경우>



<'상급종합병원 이외의 병원'에 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우>



<상급종합병원에 입원 중에 상급종합병원의 지정이 취소된 경우>



제3조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

【 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정) 】

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
 1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖춘 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제3조(상급종합병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 상급종합병원의 지정이 의료법 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 상급종합병원에 입원하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 상급종합병원 입원과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
 1. 법령의 개정에 따라 상급종합병원 지정제도가 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정에 따라 상급종합병원 판정이 불가능한 경우
 3. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 가입금액 변경내역, 보험료 수준 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신 상실
 2. 성병
 3. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
 4. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 5. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 6. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 7. 정상분만, 치과질환

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-153. 질병입원일당(상급종합병원, 4~5인실, 1일이상30일한도)보장 특별약관,
질병입원일당(상급종합병원, 4~5인실, 1일이상30일한도)(태아보장)보장 특별약관

※ 질병입원일당(상급종합병원, 4~5인실, 1일이상30일한도)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 상급종합병원의 4~5인실에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당(상급종합병원, 4~5인실, 1일이상30일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병입원일당(상급종합병원, 4~5인실, 1일이상30일한도)의 지급일수는 1회 입원당 30일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 질병입원일당(상급종합병원, 4~5인실, 1일이상30일한도)의 지급일수는 상급종합병원의 4~5인실에 입원한 날만을 기준으로 30일을 계산합니다.
- ② 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 제1항을 적용합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당(상급종합병원, 4~5인실, 1일이상30일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 질병입원일당(상급종합병원, 4~5인실, 1일이상30일한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

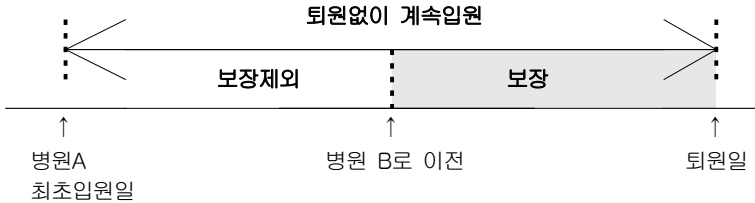
질병입원일당(상급종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

최초입원일	입원급여금이 지급된 최종입원일	1일째부터 보장재개	
	퇴원없이 계속입원		...
보장 (30일)	보장제외 (180일)	보장 (30일)	...

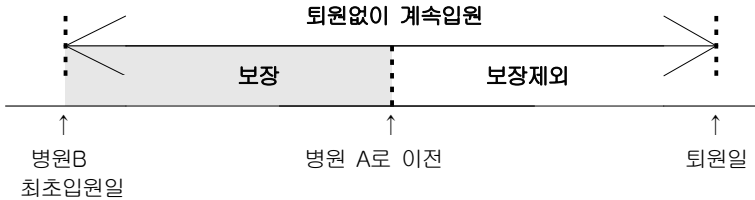
- ④ 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 이 특별약관의 보험기간이 끝났을 때에도 계속적인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 질병입원일당(상급종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)을 계속 보장합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당(상급종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(상급종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)을 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원 시작한날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(상급종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)을 지급합니다.
- ⑨ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원으로 지정되는 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(상급종합병원,4~5인실,1일이상30일한도)을 지급합니다.

- ⑩ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 질병입원일당(상급종합병원, 4~5인실, 1일이상30일한도)을 지급합니다.
- ⑪ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

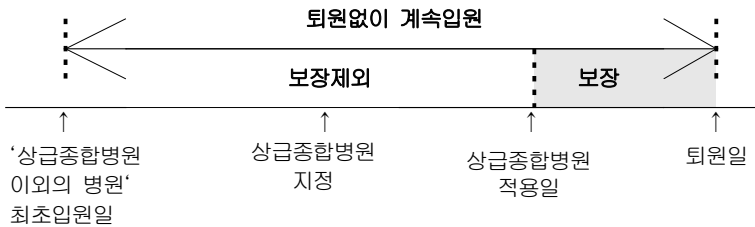
<‘상급종합병원 이외의 병원’(병원A)에서 상급종합병원(병원B)으로 이전한 경우>

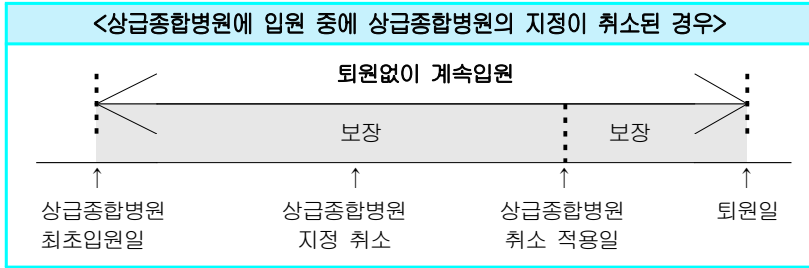


<상급종합병원(병원B)에서 ‘상급종합병원 이외의 병원’(병원A)으로 이전한 경우>



<‘상급종합병원 이외의 병원’에 입원 중에 상급종합병원으로 지정된 경우>





제3조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

【 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정) 】

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
 1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖춘 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 제3조(상급종합병원의 정의)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 상급종합병원의 지정이 의료법 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 상급종합병원에 입원하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 상급종합병원 입원과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
 1. 법령의 개정에 따라 상급종합병원 지정제도가 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정에 따라 상급종합병원 판정이 불가능한 경우
 3. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 가입금액 변경내역, 보험료 수준 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신 상실
 2. 성병
 3. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
 4. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 5. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 6. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 7. 정상분만, 치과질환

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-154. 간병인사용질병입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 요양병원을 제외한 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받으며 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래에 정한 금액을 간병인사용질병입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액
간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우	이 특별약관 보험가입금액의 100%
간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우	이 특별약관 보험가입금액의 50%

- ② 제1항의 간병인사용질병입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- ③ 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가임 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다. 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병 사용 시작일자와 간병 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때 간병인을 사용한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인을 사용한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

【지급금액 예시】

- 보험가입금액 : 2만원
- 입원기간 : 2030년 5월 1일 ~ 2030년 5월 30일 (30일)
- 간병인 사용일 및 사용금액
 1. 2030년 5월 12일 ~ 5월 17일 : 총 사용일수 6일, 총 사용금액 66만원, 1일당 평균 7만원 이상에 해당
→ 2만원 × 6일 = 12만원 지급
 2. 2030년 5월 21일 ~ 5월 25일 오전, 5월 25일 오후, 5월 26일 오후 ~ 5월 28일 : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 48만원, 1일당 평균 7만원 미만에 해당
→ 1만원 × 8일 = 8만원 지급
- 간병인사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외) 지급금액 :
간병인 사용일수 14일, 보험금 12만원 + 8만원 = 20만원 지급

② 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 간병인사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)이 지급된 최종입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 간병인사용 질병입원일당이 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 간병인사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)이 지급된 최종 간병인 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【예시】

최초입원시 최초간병인 사용일	간병인사용 질병입원일당이 지급된 최종 간병인 사용일	보장재개
	퇴원없이 계속입원	
보장 (180일)	보장제외 (180일)	보장 (180일)

- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 간병인을 사용하던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.
- ④ 피보험자가 병원(단, 요양병원 제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간병인사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 - 2. 성병
 - 3. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
 - 4. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 - 5. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료

6. 위생관리, 미모를 위한 성형수술

7. 정상분만, 치과질환

- ③ 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공하는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 간병인사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)은 지급하지 않습니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제5조(간병인의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 「간병인」이라 함은 유상으로 「간병서비스」를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 「간병서비스」를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.
- ② 제1항의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상

직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

- ③ 제1항에서 「간병서비스」라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요업무 예시】

침대 높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피위생관리, 식사보조, 휴식 돕기, 변기사용 보조 등

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 함)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 그 밖에 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
1. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다.) 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

2. 간병인 또는 그 소속 업체의 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)
- ③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 2-155. 간병인사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(요양병원)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간

병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간병인사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(요양병원)으로 보험수익자에게 지급합니다.

- ② 제1항의 간병인사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(요양병원)의 지급 일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- ③ 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 간병인사용 질병입원일당(1일이상180일한도)이 지급된 최종입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 간병인사용 질병입원일당이 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 간병인사용 질병입원일당(1일이상180일한도)이 지급된 최종 간병인 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【예시】			
최초입원시 최초간병인 사용일	간병인사용 질병입원일당이 지급된 최종 간병인 사용일	보장재개	
	퇴원없이 계속입원		
보장 (180일)	보장제외 (180일)	보장 (180일)	

- ② 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 간병인을 사용하던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.
- ③ 피보험자가 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

원일수를 더합니다.

- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간병인사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(요양병원)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신 상실
 - 2. 성병
 - 3. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
 - 4. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 - 5. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 - 6. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 - 7. 정상분만, 치과질환
- ③ 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)의 간병인사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(요양병원)은 지급하지 않습니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제5조(간병인의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 「간병인」이라 함은 유상으로 「간병서비스」를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 「간병서비스」를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.
- ② 제1항의 사업자는 간병 관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.
- ③ 제1항에서 「간병서비스」라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

【간병인의 주요업무 예시】

침대 높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피위생관리, 식사보조, 휴식 돕기, 변기사용 보조 등

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 함)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 그 밖에 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제5조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.

1. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다.)
다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.
2. 간병인 또는 그 소속 업체의 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)

③ 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제7조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 사망한 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며,

이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 2-156. 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)보장 특별약관,
간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)(태아보장)보장 특별약관

※ 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단 확정된 질병으로 요양병원을 제외한 병원(한방병원을 포함합니다. 이하 같습니다)에 입원하여 치료를 받으며 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)가 지급된 최종입원의 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)가 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)가 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【예시】			
최초입원시 최초서비스 사용일	간호·간병통합서비스사용 질병입원일당이 지급된 최종 간호·간병통합서비스사용일	보장재개	
	퇴원없이 계속입원		
보장 (180일)	보장제외 (180일)	보장 (180일)	➤

- ② 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.
- ③ 피보험자가 병원(단, 요양병원 제외)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에

대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 2. 성병
 3. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
 4. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 5. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 6. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 7. 정상분만, 초과질환

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제5조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에 있어서 「간호·간병통합서비스」라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)】

- ① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 “간호·간병통합서비스 제공인력”이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
- ② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
- ③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 “간호·간병통합서비스 제공기관”이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
- ④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
- ⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
- ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
- ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

【의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스 제공 환자 및 제공 기관)】

- ① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
 1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
 2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
 3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자
 - ② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
 - ③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
 - ④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.
 1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
 2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관
- ※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제6조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 함)

단, 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 위의 사고증명서는 서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류이어야 합니다.

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 그 밖에 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 2-157. 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(종합병원)보장 특별약관,
간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(종합병원)(태아보장)보장 특별약관

※ 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(종합병원)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생 전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

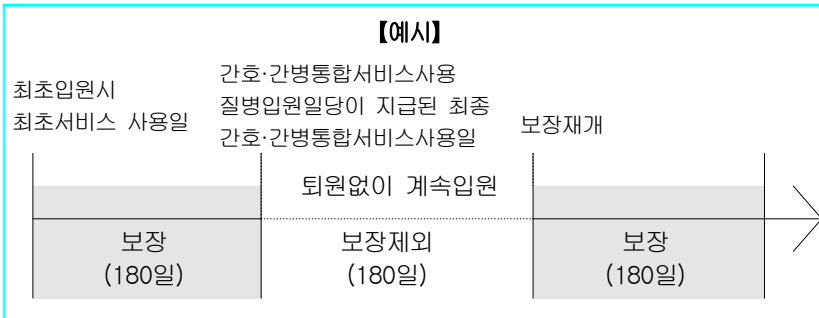
- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 종합병원에 입원하여 치료를 받으며 제6조(간호·간병

통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(종합병원)로 보험수익자에게 지급합니다.

- ② 제1항의 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(종합병원)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(종합병원)이 지급된 최종입원의 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(종합병원)이 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(종합병원)이 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ② 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.
- ③ 피보험자가 병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.

- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(종합병원)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 - 2. 성병
 - 3. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
 - 4. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 - 5. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 - 6. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 - 7. 정상분만, 치과질환

제4조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정

한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급 종합병원을 포함합니다.

【 의료법 제3조의3(종합병원) 】

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
 1. 100개 이상의 병상을 갖추는 것
 2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
- ② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 “필수진료과목”이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제5조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제6조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에 있어서 「간호·간병통합서비스」라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)】

- ① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 “간호·간병통합서비스 제공인력”이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
 - ② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
 - ③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 “간호·간병통합서비스 제공기관”이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
 - ④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
 - ⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
 - ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
 - ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.
- ※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

【의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스 제공 환자 및 제공 기관)】

- ① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
 1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자

2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
 3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자
 - ② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
 - ③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
 - ④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.
 1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
 2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관
- ※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제7조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 함)
단, 제6조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 위의 사고증명서는 서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류이어야 합니다.
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 그 밖에 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제8조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 2-158. 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(상급종합병원)보장 특별약관,
간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(상급종합병원)(태아보장)보장 특별약관

※ 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(상급종합병원)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 상급종합병원에 입원하여 치료를 받으며 제6조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 이 특별약관의 보험가임금액을 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(상급종합병원)로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(상급종합병원)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(상급종합병원)이 지급된 최종입원의 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(상급종합병원)이 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(상급종합병원)이 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【예시】			
최초입원시 최초서비스 사용일	간호·간병통합서비스사용 질병입원일당이 지급된 최종 간호·간병통합서비스사용일	보장재개	
	퇴원없이 계속입원		
보장 (180일)	보장제외 (180일)	보장 (180일)	➤

- ② 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 계속 보장합니다.
- ③ 피보험자가 병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 제1조(보험금의 지급사유)를 적용합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(상급종합병원)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 중 어느 한 가지 사유에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신 상실
 2. 성병
 3. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
 4. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 5. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 6. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 7. 정상분만, 치과질환

제4조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

【 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정) 】

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.

1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제5조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【의료법 제3조(의료기관)】

- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관 : 의원, 치과의원, 한의원
 2. 조산원
 3. 병원급 의료기관 : 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원

제6조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에 있어서 「간호·간병통합서비스」라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

【의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)】

- ① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 “간호·간병통합서비스 제공인력”이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
 - ② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
 - ③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 “간호·간병통합서비스 제공기관”이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
 - ④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
 - ⑤ 간호·간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
 - ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
 - ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.
- ※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

【의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스 제공 환자 및 제공 기관)】

- ① 법 제4조의2 제1항에서 "보건복지부령으로 정하는 입원환자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
 1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
 2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원환자
 3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호

- 간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자
- ② 법 제4조의2 제2항에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
- ③ 법 제4조의2 제3항에서 "보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준"이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
- ④ 법 제4조의2 제4항 전단에서 "보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관"이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.
 1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조 제4호에 따른 군보건의료기관
 2. 「치료감호법」 제16조의2 제1항 제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관
- ※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제7조(보험금의 청구)

보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비계산서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 함)
단, 제6조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 위의 사고증명서는 서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류이어야 합니다.
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 그 밖에 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제8조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며,

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

**[1종, 2종] 2-159. 암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상180일한도)보장 특별약관,
암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상180일한도)(태아보장)보장 특별약관**

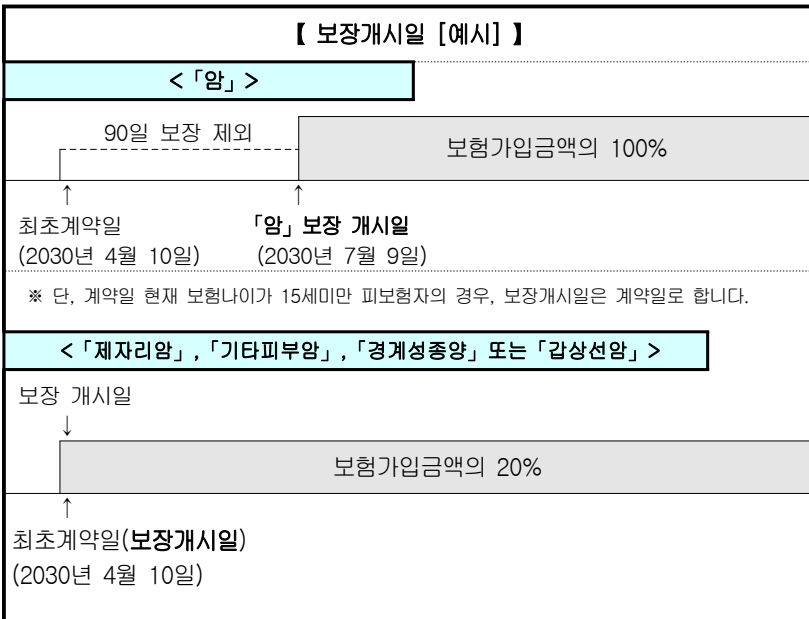
- ※ 암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상180일한도)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단 확정되고, 그 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 병원(요양병원 제외) 또는 의원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 아래의 금액을 암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상180일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다.
- 다만, 암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

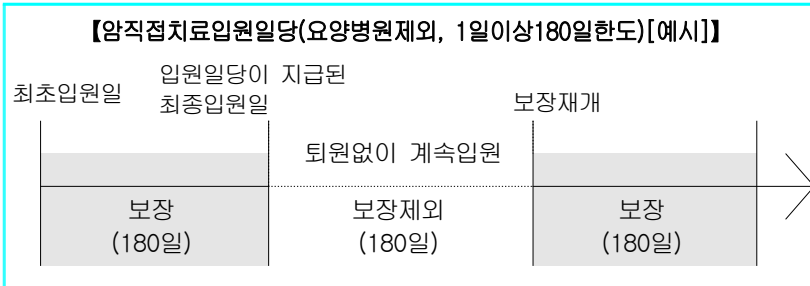
구 분	지급금액
1. 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 입원시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 100%
2. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 입원시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 20%

- ② 제1항의 「보장개시일」은 「암」의 경우 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」의 보장개시일은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 보장개시일은 보험계약일로 합니다.



제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 동일한 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」에 대한 입원이라도 암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상180일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상180일한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상180일한도)이 지급된 최종입원의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 피보험자가 병원(요양병원제외) 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ④ 피보험자가 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상180일한도)을 계속 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상180일한도)

의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑦ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 질병을 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 가장 높은 질병입원보험금을 지급하며 질병입원보험금이 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 질병입원보험금을 지급합니다. 다만, 2가지 이상의 질병이 모두 입원치료가 필요한 질병의 경우에 한합니다.

제3조(암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서 「기타피부암」 및 「갑상선암」을 제외한 질병(【별표14】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』 참조)을 말합니다.
다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.
- ④ 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표16】『제자리신생물 분류표』 참조)을 말합니다.
- ⑤ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표

17】『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』참조)을 말합니다.

- ⑥ 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

【유의사항】

한국표준질병사인분류 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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단 확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양의 직접적인 치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「암」의 직접적인 치료라 함은 「암」을 제거하거나 「암」의 증식을 억제하는 치료로써, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료(이하 「암의 제거 및 증식 억제 치료」라 합니다)를 말합니다.
- ② 제1항의 치료에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 치료법도 포함됩니다.
- ③ 「암」의 직접적인 치료에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 「암」을 제거하거나 「암」의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
- ④ 「암」의 직접적인 치료에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
 1. 식이요법, 명상요법 등 「암」의 제거 또는 「암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 「암」이나 「암」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ⑤ 제4항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 직접적인 치료로 봅니다.
 1. 「암」의 제거 또는 「암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증된 면역치료
 2. 「암의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
 3. 「암의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 「암」이나 「암」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료
- ⑥ 제1항에서 제5항까지 정한 내용은 「기타피부암», 「갑상선암», 「제자리암」 및 「경계성종양」의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제5조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사 면허를 가진 자 (이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 “의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(다만, 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다.)”에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【 의료법 제3조(의료기관) 】

- ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원
 - 나. 치과의원
 - 다. 한의원
 2. 조산원: 조산사가 조산과 임산부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
 3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 병원
 - 나. 치과병원
 - 다. 한방병원
 - 라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 정신병원
 - 바. 종합병원
- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제8조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 2-160. 암요양병원입원일당(1일이상90일한도)보장 특별약관

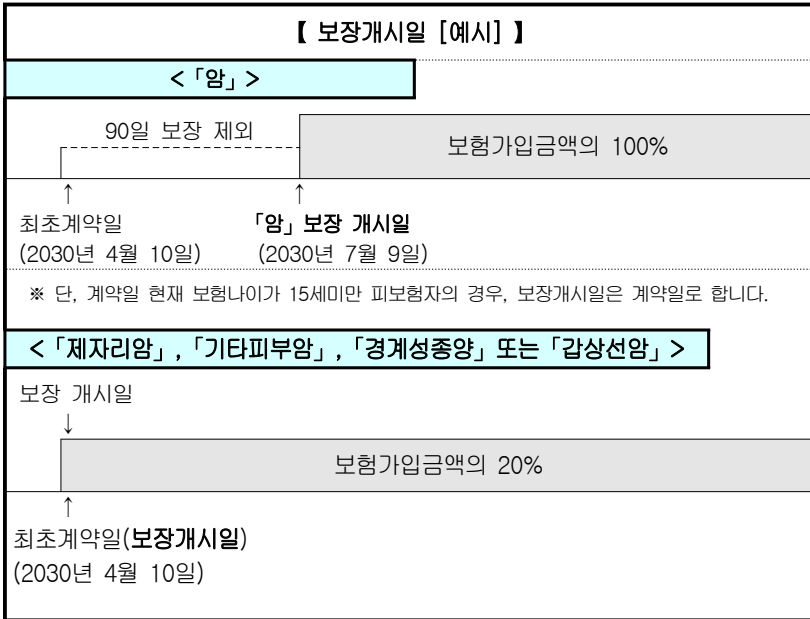
제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 진단 확정되고, 그 「암」, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」으로 인하여 요양병원에 입원한 경우에는 입원 첫날부터 입원 1일당 아래의 금액을 암요양병원입원일당(1일이상90일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 암요양병원입원일당(1일이상90일한도)의 지급일수는 1회 입원당 90일을 한도로 합니다.

구 분	지급금액
1. 「암」으로 입원시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 100%
2. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 입원시	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 20%

- ② 제1항의 「보장개시일」은 「암」의 경우 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다

음날로 하며, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성종양」 또는 「갑상선암」의 보장개시일은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 보장개시일은 보험계약일로 합니다.



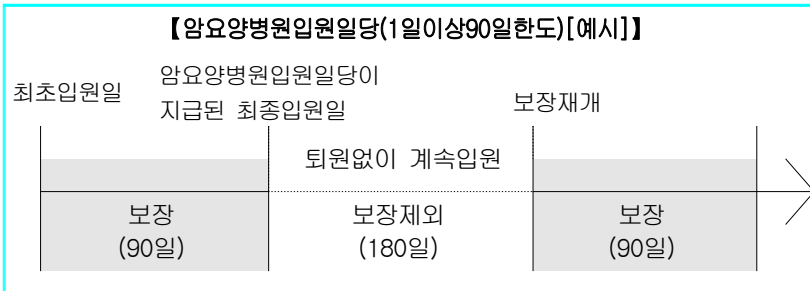
- ③ 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

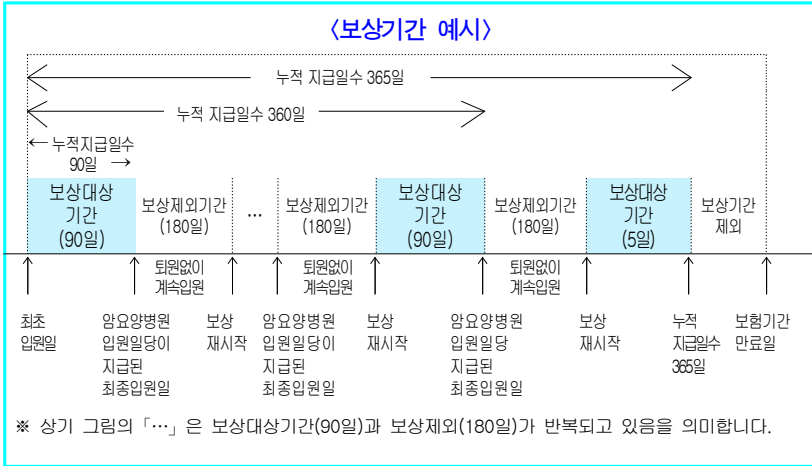
- ① 피보험자가 보험기간 중에 동일한 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 인하여 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

또는 「경계성종양」에 대한 입원이라도 암요양병원입원일당(1일이상90일 한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 암요양병원입원일당(1일 이상90일한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 암요양병원입원일당(1일이상90일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 제2항에도 불구하고 동일한 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 인한 입원의 경우, 이 특별약관의 계약일부터 지급된 암요양병원입원일당(1일이상90일한도)의 누적 지급일수가 365일을 초과시에는 365일을 초과한 날 이후부터 이 특별약관의 보험기간 만료일까지 동일한 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 인한 암요양병원입원일당(1일이상90일한도)은 더 이상 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」이 완치된 이후에 해당 질병을 다시 진단받은 경우에는 동일한 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 보지 않습니다.



- ④ 피보험자가 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 인하여 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 피보험자가 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암요양병원입원일당(1일이상90일한도)을 계속 지급합니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 암요양병원입원일당(1일이상90일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 요양병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑧ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 질병을 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 가장 높은 질병입원보험금을 지급하며

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

질병입원보험금이 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 질병입원보험금을 지급합니다. 다만, 2가지 이상의 질병이 모두 입원치료가 필요한 질병의 경우에 한합니다.

제3조(암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서 「기타피부암」 및 「갑상선암」을 제외한 질병(【별표14】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』 참조)을 말합니다.

다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

- ② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.

- ③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.

- ④ 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표16】『제자리신생물 분류표』 참조)을 말합니다.

- ⑤ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표17】『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』 참조)을 말합니다.

- ⑥ 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지

않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

【유의사항】

한국표준질병사인분류 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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「암」, 「기타 피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 치료가 필요하다고

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

【 의료법 제3조(의료기관) 】

- ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원
 - 나. 치과의원
 - 다. 한의원
 2. 조산원: 조산사가 조산과 임신부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
 3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 병원
 - 나. 치과병원
 - 다. 한방병원
 - 라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 정신병원
 - 바. 종합병원
- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 2-161. 암수술입원비(유사암제외)(1일이상20일한도)보장 특별약관,
암수술입원비(유사암제외)(1일이상20일한도)(태아보장)보장 특별약관

※ 암수술입원비(유사암제외)(1일이상20일한도)(태아보장)보장 특별약관보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

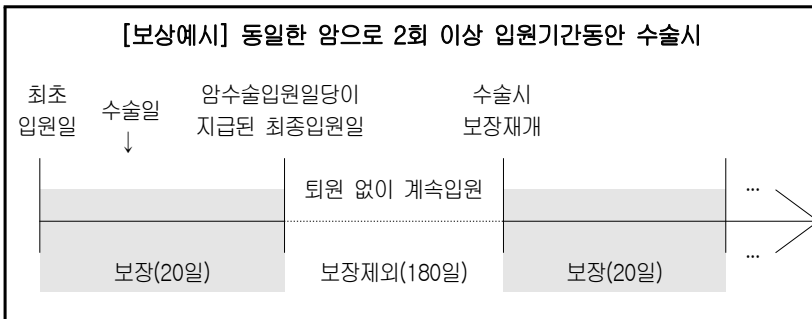
- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 「암」으로 진단 확정되고, 그 「암」으로 인해 다음 각 호에 모두 해당되는 경우(이하 「수술입원」이라 합니다) 최초 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액을 암수술입원비(유사암제외)(1일이상20일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다.
 1. 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우
 2. 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 제6조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우
 3. 상기 제1호 및 제2호는 동일한 질병의 치료를 목적으로 합니다.
- ② 제1항의 보장개시일은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 보장개시일은 보험계약일로 합니다.

【「암」에 대한 보장개시일 [예시]】	
90일 보장 제외	보험가입금액의 100%
↑ 최초계약일 (2030년 4월 10일)	↑ 「암」 보장 개시일 (2030년 7월 9일)
※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.	

- ③ 제1항의 암수술입원비(유사암제외)(1일이상20일한도)의 지급일수는 1회 「수술입원」 당 20일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 암수술입원비(유사암제외)(1일이상20일한도)는 동일한 「암」에 대한 입원이라도 암수술입원비(유사암제외)(1일이상20일한도)가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 보며, 새로운 입원일 이후 같은 「암」으로 「수술」을 받은 경우에는 또 다른 「수술입원」으로 보아 새로운 입원일부터 입원 1일당 암수술입원비(유사암제외)(1일이상20일한도)를 지급합니다. 다만, 아래와 같이 보험금이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ② 「수술」 이후 동일한 「암」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 「수술입원」으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 「수술입원」 하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 「수술입원」에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 피보험자가 최초의 「수술입원」 이후 동일한 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 2회이상 입원한 경우에는 1회 「수술입원」으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑥ 「수술」이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우라도 최초 입원일이전 180일 이내 또는 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과되기 이전 「수술」이며, 동일한 「암」의 치료를 목적으로 입원한 경우 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급합니다.

[보상예시] 수술이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우 보상 기준			
최초 입원일의 180일 이전일	최초 입원일	최종 퇴원일	최종 퇴원일의 180일 경과일
①수술시	②수술시	③수술시	④수술시
미보장	보장 대상	보장 대상	미보장
① 최초 입원일의 180일 이전일 전 수술시 미보장 ② 최초 입원일의 180일 이전일 이내 수술시 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암수술입원일당(1일이상20일한도)를 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)의 제1항 내지 제5항에 따라 보장 ③ 최종 퇴원일의 180일 경과일 이전 수술시 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암수술입원일당(1일이상20일한도)를 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)의 제1항 내지 제5항에 따라 보장 ④ 최종 퇴원일의 180일 경과일 이후 수술시 미보장			

- ⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는

의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

- ⑧ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 질병을 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 가장 높은 질병입원보험금을 지급하며 질병입원보험금이 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 질병입원보험금을 지급합니다. 다만, 2가지 이상의 질병이 모두 입원치료가 필요한 질병의 경우에 한합니다.

제3조(암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서 「기타피부암」 및 「갑상선암」을 제외한 질병(【별표14】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ④ 「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ⑤ 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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(암의 직접적인 치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「암」의 직접적인 치료라 함은 「암」을 제거하거나 「암」의 증식을 억제하는 치료로써, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료(이하 「암의 제거 및 증식 억제 치료」라 합니다)를 말합니다.
- ② 제1항의 치료에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 치료법도 포함됩니다.
- ③ 「암」의 직접적인 치료에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 「암」을 제거하거나 「암」의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
- ④ 「암」의 직접적인 치료에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
1. 식이요법, 명상요법 등 「암」의 제거 또는 「암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료

3. 「암」이나 「암」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ⑤ 제4항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 직접적인 치료로 봅니다.
1. 「암」의 제거 또는 「암」의 증식 억제제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증된 면역치료
 2. 「암의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
 3. 「암의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 「암」이나 「암」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제5조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「암」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료 기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 「수술」은 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외합니다.
- ⑤ 제4항의 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ⑥ 제4항의 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
- ⑦ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제8조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제9조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-162. 유사암수술입원비(1일이상20일한도)보장 특별약관,
유사암수술입원비(1일이상20일한도)(태아보장)보장 특별약관

※ 유사암수술입원비(유사암제외)(1일이상20일한도)(태아보장)보장 특별약관 보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

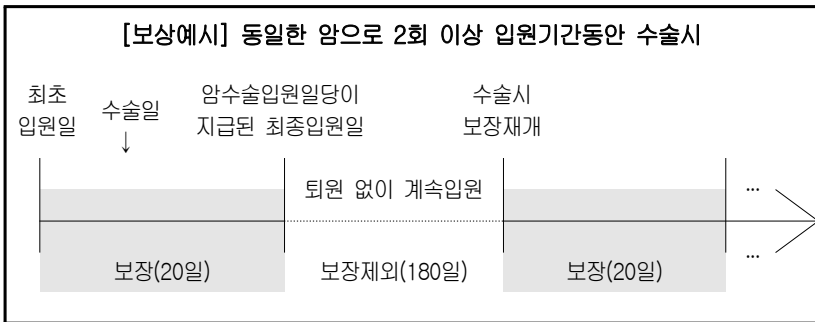
① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단 확정되고, 그 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 인해 다음 각 호에 모두 해당되는 경우(이하 「수술입원」이라 합니다) 최초 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액을 유사암수술입원비(1일이상20일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받은 경우
 2. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 제6조(수술의 정의와 장소)에서 정한 수술을 받은 경우
 3. 상기 제1호 및 제2호는 동일한 질병의 치료를 목적으로 합니다.
- ② 제1항의 유사암수술입원비(1일이상20일한도)의 지급일수는 1회 「수술입원」당 20일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 유사암수술입원비(1일이상20일한도)

는 동일한 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」에 대한 입원이라도 유사암수술입원비(1일이상20일한도)가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 지나서 개시한 입원은 새로운 입원으로 보며, 새로운 입원일 이후 같은 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 「수술」을 받은 경우에는 또 다른 「수술입원」으로 보아 새로운 입원일부터 입원 1일당 유사암수술입원비(1일이상20일한도)를 지급합니다. 다만, 아래와 같이 보험금이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ② 「수술」 이후 동일한 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 「수술입원」으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 「수술입원」하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 「수술입원」에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 피보험자가 최초의 「수술입원」 이후 동일한 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 병원 또는 의원을 이전하여 2회이상 입원한 경우에는 1회 「수술입원」으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ⑥ 「수술」이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우라도 최초 입원일 이전 180

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

일 이내 또는 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과되기 이전 「수술」이며, 동일한「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 치료를 목적으로 입원한 경우 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 지급합니다.

[보상예시] 수술이 입원기간 동안 시행되지 않은 경우 보상 기준			
최초 입원일의 180일 이전일	최초 입원일	최종 퇴원일	최종 퇴원일의 180일 경과일
①수술시	②수술시	③수술시	④수술시
미보장	보장 대상	보장 대상	미보장

① 최초 입원일의 180일 이전일 전 수술시 미보장
 ② 최초 입원일의 180일 이전일 이내 수술시 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암수술입원일당(1일이상20일한도)를 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)의 제1항 내지 제5항에 따라 보장
 ③ 최종 퇴원일의 180일 경과일 이전 수술시 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 암수술입원일당(1일이상20일한도)를 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)의 제1항 내지 제5항에 따라 보장
 ④ 최종 퇴원일의 180일 경과일 이후 수술시 미보장

- ⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑧ 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 질병을 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 가장 높은 질병입원보험금을 지급하며 질병입원보험금이 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 질병입원보험금을 지급합니다. 다만, 2가지 이상의 질병이 모두 입원치료가 필요한 질병의 경우에 한합니다.

제3조(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류

중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.

- ② 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타 피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표16】『제자리신생물 분류표』 참조)을 말합니다.
- ④ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표17】『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』 참조)을 말합니다.
- ⑤ 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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 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 경우에

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양의 직접적인 치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「기타피부암」의 직접적인 치료라 함은 「기타피부암」을 제거하거나 「기타피부암」의 증식을 억제하는 치료로써, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료(이하 「기타피부암의 제거 및 증식 억제 치료」라 합니다)를 말합니다.
- ② 제1항의 치료에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 치료법도 포함됩니다.
- ③ 「기타피부암」의 직접적인 치료에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 「기타피부암」을 제거하거나 「기타피부암」의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
- ④ 「기타피부암」의 직접적인 치료에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
 1. 식이요법, 명상요법 등 「기타피부암」의 제거 또는 「기타피부암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 「기타피부암」이나 「기타피부암」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

- ⑤ 제4항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 직접적인 치료로 봅니다.
1. 「기타피부암」의 제거 또는 「기타피부암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증된 면역치료
 2. 「기타피부암」의 제거 및 증식 억제 치료를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
 3. 「기타피부암」의 제거 및 증식 억제 치료를 받기 위해 필수불가결한 「기타피부암」이나 「기타피부암」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료
- ⑥ 제1항에서 제5항까지 정한 내용은 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제5조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에 있어서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「암」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료 기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 「수술」은 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외합니다.
- ⑤ 제4항의 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ⑥ 제4항의 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
- ⑦ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
 - 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
 - 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
 - 기타 이와 유사한 시술
- ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제8조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-163. 암직접치료통원일당(유사암제외)(요양병원제외)(연간30회한)보장 특별약관,
암직접치료통원일당(유사암제외)(요양병원제외)(연간30회한)(태아보장)보장 특별약관

※ 암직접치료통원일당(유사암제외)(요양병원제외)(연간30회한)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후 「암」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 요양병원을 제외한 병원에 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 암직접치료통원일당(유사암제외)(요양병원제외)(연간30회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 「보장개시일」은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 보장개시일은 보험계약일로 합니다.

【「암」에 대한 보장개시일 [예시]】	
90일 보장 제외	보험가입금액의 100%
↑ 최초계약일 (2030년 4월 10일)	↑ 보장 개시일 (2030년 7월 9일)
※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.	

- ③ 제1항의 암직접치료통원일당(유사암제외)(요양병원제외)(연간30회한)은 하루에 2회이상 통원치료시 1회에 한하여 지급하며, 연간 30회 한도로 지급합니다.
- ④ 제3항의 「연간」이라 함은 보험계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 암 치료를 목적으로 한 통원이란 의사에 의해 암으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 암 치료 중 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행된 때에는 의사의 소견에 따라 암 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 암의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 통원으로서 입원 후 최초로 암으로 진단된 경우에는 이는 암의 치료를 목적으로 한 동일한 통원으로 봅니다.
- ② 피보험자가 정당한 이유 없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 암직접치료통원일당(유사암제외)(요양병원제외, 연간30회한)을 지급하지 않습니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규

정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서 「기타피부암」 및 「갑상선암」을 제외한 질병(【별표14】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ④ 「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

- ⑤ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

한 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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【유의사항】

한국표준질병사인분류 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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(암의 직접적인 치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「암」의 직접적인 치료라 함은 「암」을 제거하거나 「암」의 증식을 억제하는 치료로써, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료(이하 「암의 제거 및 증식 억제 치료」라 합니다)를 말합니다.
- ② 제1항의 치료에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 치료법도 포함됩니다.

- ③ 「암」의 직접적인 치료에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 「암」을 제거하거나 「암」의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
- ④ 「암」의 직접적인 치료에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
 - 1. 식이요법, 명상요법 등 「암」의 제거 또는 「암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 - 2. 면역력 강화 치료
 - 3. 「암」이나 「암」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ⑤ 제4항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 직접적인 치료로 봅니다.
 - 1. 「암」의 제거 또는 「암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증된 면역치료
 - 2. 「암」의 제거 및 증식 억제 치료를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
 - 3. 「암」의 제거 및 증식 억제 치료를 받기 위해 필수불가결한 「암」이나 「암」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 - 4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제5조(통원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다. 다만 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에서의 통원의 경우 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제8조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 2-163-1. 유사암직접치료통원일당(요양병원제외)(연간30회한)보장 특별약관,
유사암직접치료통원일당(요양병원제외)(연간30회한)(태아보장)보장 특별약관

※ 유사암직접치료통원일당(요양병원제외)(연간30회한)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 요양병원을 제외한 병원에 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 유사암직접치료통원일당(요양병원제외)(연간30회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 유사암직접치료통원일당(요양병원제외)(연간30회한)은 하루에 2회이상 통원치료시 1회에 한하여 지급하며, 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 통원횟수를 모두 합산하여 연간 30회 한도로 지급합니다.
- ③ 제2항의 「연간」이라 함은 보험계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특별약관에서 ‘유사암의 치료를 직접적인 목적으로 한 통원’이란 의사에 의해 유사암으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 유사암의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 유사암을 통원치료의 주된 목적

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

으로 하는 경우에만 유사암의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 통원으로서 입원 후 최초로 유사암으로 진단된 경우에는 이는 유사암의 치료를 목적으로 한 동일한 통원으로 봅니다.

- ② 피보험자가 정당한 이유 없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 유사암직접치료통원일당(요양병원제외, 연간30회한)을 지급하지 않습니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표16】『제자리신생물 분류표』참조)을 말합니다.
- ④ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표17】『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』참조)을 말합니다.
- ⑤ 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리

암」 또는 「경계성종양」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

【유의사항】

한국표준질병사인분류 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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양의 직접적인 치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「기타피부암」의 직접적인 치료라 함은 「기타피부암」을

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

제거하거나 「기타피부암」의 증식을 억제하는 치료로써, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료(이하 「기타피부암의 제거 및 증식 억제 치료」라 합니다)를 말합니다.

- ② 제1항의 치료에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 치료법도 포함됩니다.
- ③ 「기타피부암」의 직접적인 치료에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 「기타피부암」을 제거하거나 「기타피부암」의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
- ④ 「기타피부암」의 직접적인 치료에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
 - 1. 식이요법, 명상요법 등 「암」의 제거 또는 「암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 - 2. 면역력 강화 치료
 - 3. 「기타피부암」이나 「기타피부암」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ⑤ 제4항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 직접적인 치료로 봅니다.
 - 1. 「기타피부암」의 제거 또는 「암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
 - 2. 「기타피부암의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
 - 3. 「기타피부암의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 「기타피부암」이나 「기타피부암」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 - 4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료
- ⑥ 제1항에서 제5항까지 정한 내용은 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제5조(통원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또

는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다. 다만 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에서의 통원의 경우 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.)은 제외합니다.

[1종, 2종] 2-164. 암직접치료통원일당(유사암제외)(상급종합병원)보장 특별약관,
암직접치료통원일당(유사암제외)(상급종합병원)(태아보장)보장 특별약관

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ※ 암직접치료통원일당(유사암제외)(상급종합병원)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에만 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후 「암」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 암직접치료통원일당(유사암제외)(상급종합병원)으로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 「보장개시일」은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 보장개시일은 보험계약일로 합니다.

【「암」에 대한 보장개시일 [예시]】	
90일 보장 제외	보험가입금액의 100%
↑ 최초계약일 (2030년 4월 10일)	↑ 보장 개시일 (2030년 7월 9일)
※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.	

- ③ 제1항의 암직접치료통원일당(유사암제외)(상급종합병원)은 하루에 2회이상 통원치료시 1회에 한하여 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 암직접치료통원일당(유사암제외)(상급종합병원)의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.
- ② 이 특별약관에서 ‘암의 치료를 직접적인 목적으로 한 통원’이란 의사에 의해 암으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 암의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때

에는 의사의 소견에 따라 암을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 암의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 통원으로서 입원 후 최초로 암으로 진단된 경우에는 암의 치료를 목적으로 한 동일한 통원으로 봅니다.

- ③ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 제4조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암직접치료 통원일당(유사암제외)(상급종합병원)을 지급합니다.
- ④ 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제4조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 상급종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 암직접치료통원일당(유사암제외)(상급종합병원)을 지급합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서 「기타피부암」 및 「갑상선암」을 제외한 질병(【별표14】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.

- ④ 「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

- ⑤ 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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에 있어서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합

병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경 되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

【 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정) 】

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
 1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추는 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무를 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제5조(암의 직접적인 치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「암」의 직접적인 치료라 함은 「암」을 제거하거나 「암」의 증식을 억제하는 치료로써, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료(이하 「암의 제거 및 증식 억제 치료」라 합니다)를 말합니다.
- ② 제1항의 치료에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 치료법도 포함됩니다.
- ③ 「암」의 직접적인 치료에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 「암」을 제거하

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

거나 「암」의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

④ 「암」의 직접적인 치료에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 「암」의 제거 또는 「암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 「암」이나 「암」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

⑤ 제4항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 직접적인 치료로 봅니다.

1. 「암」의 제거 또는 「암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증된 면역치료
2. 「암의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
3. 「암의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 「암」이나 「암」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제6조(통원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 상급종합병원에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제8조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로

이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제9조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

**[1종, 2종] 2-164-1. 유사암직접치료통원일당(상급종합병원)보장 특별약관,
유사암직접치료통원일당(상급종합병원)(태아보장)보장 특별약관**

※ 유사암직접치료통원일당(상급종합병원)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 유사암직접치료통원일당(상급종합병원)으로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 유사암직접치료통원일당(상급종합병원)은 하루에 2회이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 유사암직접치료통원일당(상급종합병원)의 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.
- ② 이 특별약관에서 ‘유사암의 치료를 직접적인 목적으로 한 통원’이란 의사에 의해 유사암으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 유사암의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 유사암을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 유사암의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 통원으로서 입원 후 최초로 유사암으로 진단된 경우에는 유사암의 치료를 목적으로 한 동일한 통원으로 봅니다.
- ③ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 제4조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 유사암직접치료통원일당(상급종합병원)을 지급합니다.

- ④ 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제4조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 상급종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 유사암직접치료통원일당(상급종합병원)을 지급합니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표16】『제자리신생물 분류표』 참조)을 말합니다.
- ④ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표17】『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』 참조)을 말합니다.
- ⑤ 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

보험자가 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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 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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에 있어서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

【 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정) 】

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
 1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖춘 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제5조(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양의 직접적인 치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「기타피부암」의 직접적인 치료라 함은 「기타피부암」을 제거하거나 「기타피부암」의 증식을 억제하는 치료로써, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료(이하 「기타피부암의 제거 및 증식 억제 치료」라 합니다)를 말합니다.
- ② 제1항의 치료에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 치료법도 포함됩니다.
- ③ 「기타피부암」의 직접적인 치료에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 「기타피부암」을 제거하거나 「기타피부암」의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험²⁵⁰⁴ 약관

- ④ 「기타피부암」의 직접적인 치료에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
1. 식이요법, 명상요법 등 「기타피부암」의 제거 또는 「기타피부암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 「기타피부암」이나 「기타피부암」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ⑤ 제4항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 직접적인 치료로 봅니다.
1. 「기타피부암」의 제거 또는 「기타피부암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증된 면역치료
 2. 「기타피부암」의 제거 및 증식 억제 치료를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
 3. 「기타피부암」의 제거 및 증식 억제 치료를 받기 위해 필수불가결한 「기타피부암」이나 「기타피부암」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료
- ⑥ 제1항에서 제5항까지 정한 내용은 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료에도 동일하게 적용됩니다.

제6조(통원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 상급종합병원에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제8조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 2-165. 뇌혈관질환통원일당(상급종합병원) 보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「뇌혈관질환」으로 진단 확정되고, 그 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하여 치료를 받았을 경우에는 통원1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌혈관질환통원일당(상급종합병원)으로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 뇌혈관질환통원일당(상급종합병원)의 지급횟수는 통원1일당 1회에 한하여 지급합니다.
- ③ 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 뇌혈관질환통원일당(상급종합병원)의 지급 횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)에서 뇌혈관질환 치료를 목적으로 한 통원이란 의사에 의해 뇌혈관질환으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 뇌혈관질환의 치료 중 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행된 때에는 의사의 소견에 따라 뇌혈관질환을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 뇌혈관질환의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.
- ③ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제4조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 뇌혈관질환통원일당(상급종합병원)을 지급합니다.
- ④ 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제4조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 상급종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 뇌혈관질환통원일당(상급종합병원)을 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 뇌혈관질환(상급종합병원)통원일당을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(뇌혈관질환정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「뇌혈관질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 뇌혈관질환으로 분류되는 질병(【별표23】『뇌혈관질환 분류표』참조)을 말합니다.
- ② 「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의

원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(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 「뇌혈관질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

【 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정) 】

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
 1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제5조(통원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「통원」이라 함은 「상급종합병원」의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「뇌혈관질환」의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「상급종합병원」에 입실하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념 하는 것을 말합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 2-166.뇌혈관질환통원일당(요양병원제외, 연간30회한)보장 특별약관,
뇌혈관질환통원일당(요양병원제외, 연간30회한)(태아보장)보장 특별약관

※ 뇌혈관질환통원일당(요양병원제외, 연간30회한)(태아보장)보장 특별약관
은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에
한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 「뇌혈관질환」으로 진단확정되고, 그 「뇌혈관질환」의 치료를 직접적인 목적으로 통원하여 치료를 받았을 경우에는 통원1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌혈관질환통원일당(요양병원제외, 연간30회한)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에서의 통원의 경우 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 뇌혈관질환통원일당(요양병원제외, 연간30회한)의 지급횟수는 통원1일당 1회에 한하여 지급하며, 연간30회 한도로 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 뇌혈관질환 치료를 목적으로 한 통원이란 의사에 의해 뇌혈관질환으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 뇌혈관질환의 치료 중 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행된 때에는 의사의 소견에 따라 뇌혈관질환을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 뇌혈관질환의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.
- ② 피보험자가 정당한 이유 없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 뇌혈관질환통원일당(요양병원제외, 연간30회한)을 지급하지 않습니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「뇌혈관질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 뇌혈관질환으로 분류되는 질병(【별표23】『뇌혈관질환 분류표』참조)을 말합니다.
- ② 「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(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 「뇌혈관질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조(통원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「뇌혈관질환」의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(요양병원 제외)에 입실하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 「뇌혈관질환」의 직접적인 치료를 목적으로 하는 것을 말합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하

는 바에 따라 회사가 적절한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 2-167. 허혈성심장질환통원일당(상급종합병원)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「허혈성심장질환」으로 진단 확정되고, 그 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하여 치료를 받았을 경우에는 통원1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 허혈성심장질환통원일당(상급종합병원)으로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 허혈성심장질환통원일당(상급종합병원)의 지급횟수는 통원1일당 1회에 한하여 지급합니다.
- ③ 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ② 제1조(보험금의 지급사유)에서 허혈성심장질환 치료를 목적으로 한 통원

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

이란 의사에 의해 허혈성심장질환으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 허혈성심장질환의 치료 중 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행된 때에는 의사의 소견에 따라 허혈성심장질환을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 허혈성심장질환의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

- ③ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 제4조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 허혈성심장질환통원일당(상급종합병원)을 지급합니다.
- ④ 피보험자가 상급종합병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제4조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 상급종합병원 지정 취소 적용일 전일까지의 통원에 대하여 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 허혈성심장질환통원일당(상급종합병원)을 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 허혈성심장질환통원일당(상급종합병원)을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「허혈성심장질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 허혈성심장질환으로 분류되는 질병(【별표28】『허혈성심장질환 분류표』 참조)을 말합니다.
- ② 「허혈성심장질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액 중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법

을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 「허혈성심장질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 「허혈성심장질환」으로 확정되거나 추정되는 경우

【 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정) 】

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
 1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추어
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제4조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에 있어서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

제5조(통원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「통원」이라 함은 「상급종합병원」의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「허혈성심장질환」의 직접적인 치료가

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 「상급종합병원」에 입실하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념 하는 것을 말합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 2-168. 식중독입원일당(4일이상120일한도)보장 특별약관,
식중독입원일당(4일이상120일한도)(태아보장)보장 특별약관

※ 식중독입원일당(4일이상120일한도)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「식중독」으로 진단 확정되고, 「식중독」의 치료를 목적으로 4일 이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 식중독입원일당(4일 이상 120일 한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 식중독입원일당(4일 이상 120일 한도)의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 「식중독」의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 「식중독」에 대한 입원이라도 식중독입원일당(4일 이상 120일 한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

다만, 다음과 같이 식중독입원일당(4일 이상 120일 한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 식중독입원일당(4일 이상 120일 한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【식중독입원일당(4일 이상 120일 한도)[예시]】		
4일째 입원일	입원급여금이 지급된 최종입원일	4일째부터 보장재개
	퇴원없이 계속입원	
보장 (120일)	보장제외 (180일)	보장 (120일)

- ② 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「식중독」의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 피보험자가 보험기간 중 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 식중독입원일당(4일이상120일한도)을 계속 지급합니다.

- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 식중독입원일당(4일이상120일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(식중독의 정의)

이 특별약관에서 「식중독」이라 함은 음식을 먹고 생기는 구토, 설사, 복통을 주요 증세로 하는 급성질환으로 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 식중독으로 분류되는 질병(【별표46】『식중독 분류표』참조)을 말합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「식중독」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유

가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 2-169.허혈성심장질환통원일당(요양병원제외, 연간30회한)보장 특별약관,
허혈성심장질환통원일당(요양병원제외, 연간30회한)(태아보장)보장 특별약관

- ※ 허혈성심장질환통원일당(요양병원제외, 연간30회한)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중 이후 「허혈성심장질환」으로 진단확정되고, 그 「허혈성심장질환」의 치료를 직접적인 목적으로 통원하여 치료를 받았을 경우에는 통원1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 허혈성심장질환통원일당(요양병원제외, 연간30회한)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에서의 통원의 경우 보험금을 지급하지 않습니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ② 허혈성심장질환통원일당(요양병원제외, 연간30회한)의 지급횟수는 통원1일당 1회에 한하여 지급하며, 연간30회 한도로 지급합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 허혈성심장질환 치료를 목적으로 한 통원이란 의사에 의해 허혈성심장질환으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 허혈성심장질환의 치료 중 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행된 때에는 의사의 소견에 따라 허혈성심장질환을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 허혈성심장질환의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.
- ② 피보험자가 정당한 이유 없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 허혈성심장질환통원일당(요양병원제외, 연간30회한)을 지급하지 않습니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「허혈성심장질환」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「허혈성심장질환」으로 분류되는 질병(【별표28】『허혈성심장질환 분류표』참조)을 말합니다.
- ② 「허혈성심장질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.

제4조(통원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「허혈성심장질환」의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(요양병원 제외)에 입실하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 「허혈성심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 하는 것을 말합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)에서 허혈성심장질환의 치료를 직접적인 목적으로 한 통원이란 의사에 의해 허혈성심장질환으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 허혈성심장질환의 치료 중 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행된 때에는 의사의 소견에 따라 허혈성심장질환을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 허혈성심장질환의 치료를 직접적인 목적으로 한 통원으로 봅니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[2종] 2-170. 환경성질환및성장장애입원일당(1일이상120일한도)보장 특별약관, 환경성질환및성장장애입원일당(1일이상120일한도)(태아보장)보장 특별약관

※ 환경성질환및성장장애입원일당(1일이상120일한도)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「환경성질환」 또는 「성장장애관련질병」으로 진단 확정되고, 「환경성질환」 또는 「성장장애관련질병」 치료를 목적으로 1일이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 아래의 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지급금액
1. 환경성질환입원일당	「환경성질환」으로 1일이상 입원하여 치료를 받은 경우	입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액
2. 성장장애입원일당	「성장장애관련질병」으로 1일이상 입원하여 치료를 받은 경우	

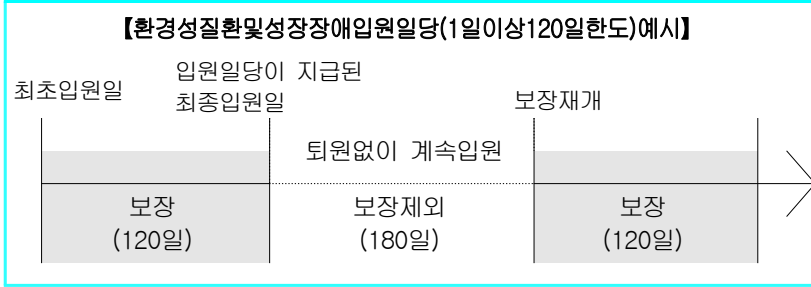
다만, 각 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 동일한 「환경성질환」 또는 「성장장애관련질병」의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

그러나 동일한 「환경성질환」 또는 「성장장애관련질병」에 대한 입원이라도 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

다만, 다음과 같이 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ② 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「환경성 질환」 또는 「성장장애관련질병」의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 피보험자가 보험기간 중 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 입원일당을 계속 지급합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(환경성질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「환경성질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 환경성질환으로 분류되는 질병(【별표47】『환경성질환 분류표』참조)을 말합니다.
- ② 「환경성질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(성장장애의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「성장장애관련질병」이라 함은 제8차 한국표준질병사인 분류에 있어서 성장장애관련질병으로 분류되는 질병(【별표48】『성장장애관련질병 분류표』 참조)을 말합니다.
- ② 「성장장애관련질병」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제5조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「환경성질환」 또는 「성장장애관련질병」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[2종] 2-171. 어린이12대다발성질환입원일당(4일이상180일한도)보장 특별약관, 어린이12대다발성질환입원일당(4일이상180일한도)(태아보장)보장 특별약관

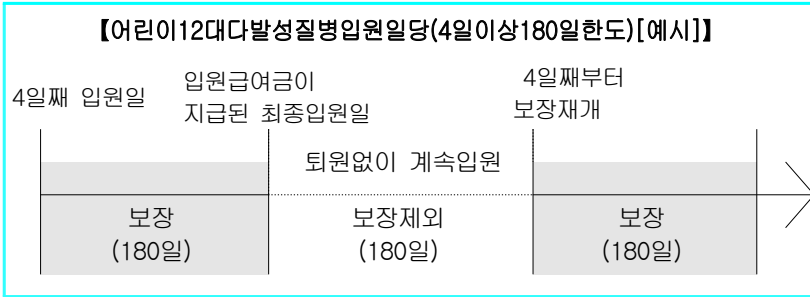
※ 어린이12대다발성질환입원일당(4일이상180일한도)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「어린이12대다발성질환」으로 진단 확정되고, 「어린이12대다발성질환」의 치료를 목적으로 4일이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 어린이12대다발성질환입원일당(4일이상180일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 어린이12대다발성질환입원일당(4일이상180일한도)의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 동일한 「어린이12대다발성질환」의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 「어린이12대다발성질환」에 대한 입원이더라도 어린이12대다발성질환입원일당(4일이상180일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 어린이12대다발성질환입원일당(4일이상180일한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 어린이12대다발성질환입원일당(4일이상180일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ② 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「어린이 12대다발성질병」의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 피보험자가 보험기간 중 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 어린이12대다발성질병입원일당(4일이상180일한도)을 계속 지급합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 어린이12대다발성질병입원일당(4일이상180일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(어린이12대다발성질병의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「어린이12대다발성질병」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 어린이12대다발성질병으로 분류되는 질병(【별표49】『어린이12대다발성질병 분류표』 참조)을 말합니다.
- ② 「어린이12대다발성질병」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「어린이12대 다발성질환」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

Ⅲ. 상해 및 질병관련 특별약관



[1종, 2종] 3-1. 보험료납입면제대상보장 특별약관

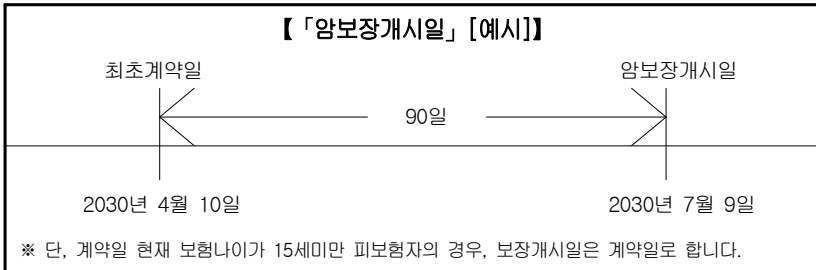
제1조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 무배당 NH굿스타트건강보험2504 계약의 보험료 납입기간과 동일합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 아래의 지급사유가 발생한 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 보험료납입면제대상보장 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.
 1. 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 장해분류표(【별표1】『장해분류표』 참조)에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상대가 되었을 때
 2. 보험기간 중에 진단 확정된 질병의 직접결과로써 장해분류표(【별표1】『장해분류표』 참조)에서 정한 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상대가 된 경우
 3. 「암보장개시일」 이후 「암」으로 진단 확정된 경우
 4. 「뇌혈관질환」으로 진단 확정된 경우
 5. 「허혈성심장질환」으로 진단 확정된 경우
 6. 「암보장개시일」 이후 「중증갑상선암」으로 진단 확정된 경우
 7. 「만성당뇨합병증」으로 진단 확정된 경우
- ② 제1항의 「암보장개시일」은 이 특별약관의 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며 그 외 보장개시일은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험

자의 경우 보장개시일은 보험계약일로 합니다.



- ③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 제1항의 지급사유로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 보험료납입면제대상보장 보험금을 지급합니다. 다만, 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 보험료납입면제대상보장 보험금에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.
- ④ 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가임 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제2조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호 및 제2호로 인한 보험료 납입면제에 관한 세부규정은 다음 각 호에서 정한 사항을 따릅니다.
1. 제2조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호 및 제2호에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 【별표1】『장해분류표』에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
 2. 제1호에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

3. **【별표1】 『장해분류표』**에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해 정도에 따라 **【별표1】 『장해분류표』**의 구분에 준하여 보험료 납입 면제 여부를 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해 정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
4. 보험수익자와 회사가 제2조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호 및 제2호의 보험료 납입면제 사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험료 납입면제 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
5. 같은 상해 또는 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 보험료 납입면제 여부를 결정합니다. 다만, **【별표1】 『장해분류표』**의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
6. 다른 상해 또는 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 장해지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 장해지급률에서 이미 결정된 장해지급률을 차감하여 장해지급률을 결정합니다. 다만, **【별표1】 『장해분류표』**의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
7. 이미 이 계약에서 보험료의 납입면제사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 납입면제를 적용받지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6호에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우

에는 직전까지의 후유장해에 대한 장해지급률을 최종 후유장해 상태에 해당하는 장해지급률에서 차감하여 결정합니다.

- ② 제2조(보험금의 지급사유) 제1항 제3호에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서 「기타 피부암」 및 「갑상선암」을 제외한 질병(【별표14】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌) 상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ③ 제2항의 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말하며, 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.
- ④ 제2항의 「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병사인분류 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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상체불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

- ⑤ 제2조(보험금의 지급사유) 제1항 제4호에서 「뇌혈관질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 뇌혈관질환으로 분류되는 질병(【별표23】『뇌혈관질환 분류표』참조)을 말합니다.
- ⑥ 제5항의 「뇌혈관질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(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 「뇌혈관질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.
- ⑦ 제2조(보험금의 지급사유) 제1항 제5호에서 「허혈성심장질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 허혈성심장질환으로 분류되는 질병(【별표28】『허혈성심장질환 분류표』참조)을 말합니다.
- ⑧ 제7항의 「허혈성심장질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥) 촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 「허혈성심장질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 「허혈성심장질환」으로 확정되거나 추정되는 경우
- ⑨ 제2조(보험금의 지급사유) 제1항 제6호에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병을 말합니다. 이 특별약관에서 「중증갑상선암」이라 함은 갑상선암 중에서 「갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)」 또는 「갑상선 역형성암 (미분화암, Anaplastic Thyroid Cancer)」에 해당하는 질병을 말합니다.
- ⑩ 위 9항의 「중증갑상선암」에 대한 진단은 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 진단 확정된 경우에 한합니다.

【예시】

특정암(원발부위가 중증갑상선암이 아닌 암)으로 암진단비에서 보장을 받은 후 특정암이 중증갑상선암으로 전이되었다면 중증갑상선암진단비는 지급되지 않습니다. 즉, 중증갑상선암으로 중증갑상선암진단비에서 보장을 받으려면 중증갑상선암은 전이암이 아닌 원발암이어야 합니다.

- ⑪ 「중증갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「중증갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「중증갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

⑫ 제2조(보험금의 지급사유) 제1항 제7호에서 「만성당뇨합병증」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「만성당뇨합병증」으로 분류되는 질병으로 【별표129】 『만성당뇨합병증 분류표』에서 정한 질병을 말합니다.

⑬ 「만성당뇨합병증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 당뇨병병력과 함께 다음 기준에 의하여 합병증 진단을 받아야 합니다.

1. 당뇨병성 망막증 : 내과와 안과에서 시행한 안저검사 및 형광 안저혈관 조영술을 시행하여 망막 출혈반, 미세동맥류, 면화반, 부종 등의 소견이 보이는 경우
2. 당뇨병성 신증 : 소변검사상 단백뇨가 생길 수 있는 다른 질환이 없는 상태에서 24시간 소변에서 단백질이 500mg 이상 검출된 경우(단백뇨군으로 분류), 혈청 크레아티닌이 1.5mg/dl 이상인 경우(당뇨로 인한 신부전증으로 분류)
3. 당뇨병성 신경병증 : 말초신경병증과 자율신경병증으로 구분하여 신경전도검사상 당뇨병성 신경병증의 이상소견을 보이거나 Ewing 방법에 의한 심혈관계 자율신경 기능검사상 이상이 있는 경우
4. 당뇨병성 말초순환장애 : 이학적검사상 피부궤양(Ulcer), 괴저(Gangrene) 및 말초혈관병증(Peripheral Angiopathy)이 있는 경우

제4조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제2조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」 또는 「중증갑상선암」으로 진단확정 되

는 경우

2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우, 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제2조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험료납입면제대상보장 보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제2조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 3-2. 응급실내원비(비응급제외)보장 특별약관,
응급실내원비(비응급제외)(태아보장)보장 특별약관

※ 응급실내원비(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「응급 환자」로 「응급실」에 내원하여 진료를 받은 경우에는 이 특별약관의 보험 가입금액을 응급실내원비로 보험수익자에게 지급합니다. 이때 응급실 도착 전 사망하였거나 외부에서 전원(병원을 옮김)하여 「응급환자」로 응급실에 내원한 경우에도 보상합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(응급실, 응급환자의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 특별약관에서 「응급실」이라 함은 응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호에서 정하는 응급의료기관(권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관) 또는 응급의료에 관한 법률 제35조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고된 응급의료시설을 말합니다. 단, 관련법령이 개정되는 경우 개정된 내용을 적용합니다.

【응급의료에 관한 법률 제2조(정의)】

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

5. "응급의료기관"이란 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지

응급의료기관을 말한다.

【응급의료에 관한 법률 제35조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)】

이 법에 따른 응급의료기관으로 지정받지 아니한 의료기관이 응급의료시설을 설치·운영하려면 보건복지부령으로 정하는 시설·인력 등을 갖추어 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. 다만, 종합병원의 경우에는 그러하지 아니하다.

- ② 이 특별약관에서 「응급환자」라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)에서 정하는 자로 「응급증상 및 이에 준하는 증상」 또는 「응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상」이 있는 자를 말합니다. 단, 관련법령이 개정되는 경우 개정된 내용을 적용합니다.

【응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)】

응급의료에 관한 법률」(이하 "법"이라 한다) 제2조 제1호에서 "보건복지부령이 정하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다.

1. 별표1의 응급증상 및 이에 준하는 증상
2. 제1호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상

【응급증상 및 이에 준하는 증상】

1. 응급증상

- 가. 신경학적 응급증상 : 급성 의식장애, 급성 신경학적 이상, 구토·의식장애 등의 증상이 있는 두부 손상
- 나. 심혈관계 응급증상 : 심폐소생술이 필요한 증상, 급성 호흡곤란, 심장 질환으로 인한 급성 흉통, 심계항진, 박동이상 및 쇼크
- 다. 중독 및 대사장애 : 심한 탈수, 약물·알콜 또는 기타 물질의 과다 복용이나 중독, 급성 대사장애(간부전·신부전·당뇨병 등)
- 라. 외과적 응급증상 : 개복술을 요하는 급성 복증(급성 복막염·장폐색증·급성 체장염 등 중한 경우에 한함), 광범위한 화상(외부 신체 표면적의 18% 이상), 관통상, 개방성·다발성 골절 또는 대퇴부 척추의 골절, 사지를 절단할 우려가 있는 혈관 손상, 전신마취하에 응급수술을 요하는 증상, 다발성 외상
- 마. 출혈 : 계속되는 각혈, 지혈이 안되는 출혈, 급성 위장관 출혈

- 바. 안과적 응급증상 : 화학물질에 의한 눈의 손상, 급성 시력 손상
- 사. 알려지 : 얼굴 부종을 동반한 알려지 반응
- 아. 소아과적 응급증상 : 소아경련성 장애
- 자. 정신과적 응급증상 : 자신 또는 다른 사람을 해할 우려가 있는 정신 장애
- 2. 응급증상에 준하는 증상
 - 가. 신경학적 응급증상 : 의식장애, 현훈
 - 나. 심혈관계 응급증상 : 호흡곤란, 과호흡
 - 다. 외과적 응급증상 : 화상, 급성복증을 포함한 배의 전반적인 이상증상, 골절·외상 또는 탈골, 그 밖에 응급수술을 요하는 증상, 배뇨장애
 - 라. 출혈 : 혈관손상
 - 마. 소아과적 응급증상 : 소아 경련, 38℃ 이상인 소아 고열(공휴일·야간 등 의료서비스가 제공되기 어려운 때에 8세 이하의 소아에게 나타나는 증상을 말한다)
 - 바. 산부인과적 응급증상 : 분만 또는 성폭력으로 인하여 산부인과적 검사 또는 처치가 필요한 증상
 - 사. 이물에 의한 응급증상 : 귀·눈·코·항문 등에 이물이 들어가 제거술이 필요한 환자

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 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. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 회사는 피보험자가 「응급환자」에 해당하지 않는 경우 아래의 사유로 제

1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애(F04~F99), 선천성 뇌질환(Q00~Q04) 및 심신상실
2. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
3. 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 검사, 예방접종, 인공유산, 불임 시술 등으로 인한 경우
4. 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
5. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 3-3. 김스치료비보장 특별약관, 김스치료비(태아보장)보장 특별약관

※ 김스치료비(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병으로 인하여 「김스치료」를 받은 경우에는 매 사고시마다 이 특별약관의 보험가입금액을 김스치료비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 이 특별약관에서 「김스(Cast)치료」라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에 착용시켜(Circular Cast) 감은 다음 굳어지게 하여 치료효과를 가져오는 치료법을 말합니다. 단, 부목(Splint Cast)치료는 제외합니다.
- ③ 제2항에서 「부목치료」라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법을 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 상해 또는 질병으로 인하여 김스치료를 2회 이상 받거나 동시에 서로 다른 신체 부위에 김스치료를 받은 경우에는 1회에 한하여 김스치료비를 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이

없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[2중] 3-4. 4대장애진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병으로 인하여 「4대장애」 중 하나 이상의 장애가 발생하고 「장애인」이 된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 4대장애진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 이 특별약관에서 「4대장애」라 함은 시각장애, 청각장애, 언어장애, 지체장애를 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「장애인」이라 함은 장애인 복지법 시행령 제2조에서 정한 시각장애인, 청각장애인, 언어장애인, 지체장애인(【별표65】『장애인의 종류 및 기준』 참조)으로 장애인복지법 제32조(장애인등록)의 등록절차에 따라 등록된 경우 말합니다.
- ④ 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자에게 「4대장애」 중 동시에 두 종류 이상의 장애가 발생하여 장애인이 된 경우에도 하나의 장애로 인한 4대장애진단비만을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에 의한 「장애정도의 판정기준」(이하 「장애정도 판정기준」이라 합니다)이 「장애인복지법 시행령」 및 「장애인복지법 시행규칙」(이하 「법령」이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장애정도 판정시점의 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당하는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약 내용에 상응하는 장애인과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
 1. 법령의 개정에 따라 「장애정도의 판정기준」이 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정에 따라 「장애정도의 판정기준」의 변경으로 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당하는 장애인 판정이 불가능한 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회이상 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력이 없습니다.

- ⑤ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에서 정한 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1항 이외에도 선천적 장애로 인한 4대장애에 대하여는 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에서 정한 4대장애진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[2종] 3-5. 뇌성마비진단비보장 특별약관, 뇌성마비진단비(태아보장)보장 특별약관

제1조(특별약관의 체결)

이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 출생전자녀가입 특별약관의 태아를 말합니다. 단, 임신 22주 이내의 태아에 한하여 가입 가능합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병으로 인하여 「뇌성마비」로 진단 확정된 경우 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌성마비진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(뇌성마비의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「뇌성마비」라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 G80에 해당하는 질병(【별표66】『뇌성마비 분류표』참조)을 말합니다.
- ② 제1항의 「뇌성마비」의 진단확정은 해당분야의 전문의사가 작성한 진료 기록부상 「뇌성마비」의 전형적인 병력의 존재, 이학적 검사, 그리고 뇌 전산화단층촬영(Brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌파검사(EEG)를 기초로 해야합니다.

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 뇌성마비진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[2종] 3-6. 기흉진단비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「기흉」으로 진단 확정된 경우에는 최초1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 기흉진단비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 사망하고 그 후에 「기흉」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 기흉진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

료를 지급한 경우에는 기흉진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(기흉의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「기흉」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「기흉분류표」로 분류되는 질병(【별표68】『기흉 분류표』참조)을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「기흉」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 병력, 흉부X선 촬영, 흉부전산화단층촬영(CT)혹은 흉부 방사선촬영 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 확인이 필요한 경우 기흉 검사 결과지의 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 제3조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호에서 정한 기흉진단비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조

(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[2종] 3-7. 기흉진단비(신생아기흉포함) 보장 특별약관, 기흉진단비(신생아기흉포함)(태아보장) 보장 특별약관

※ 기흉진단비(신생아기흉포함)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「기흉」 또는 「신생아기흉」으로 진단 확정된 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지급금액
1. 기흉진단비	「기흉」으로 진단 확정시	이 특별약관 보험가입금액의 100%
2. 신생아기흉진단비	「신생아기흉」으로 진단 확정시	이 특별약관 보험가입금액의 20%

- ② 제1항에도 불구하고, 「기흉」로 진단 확정되어 기흉진단비를 지급 받은 이후에 「신생아기흉」으로 진단 확정시에는 신생아기흉진단비를 지급하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「기흉」 또는 「신생아기흉」으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 기흉진단비 또는 신생

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

아기흉진단비를 지급합니다. 다만, 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 기흉진단비 또는 신생아기흉진단비에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(기흉 및 신생아기흉의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「기흉」 및 「신생아기흉」라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「기흉 및 신생아기흉 분류표」로 분류되는 질병(【별표 69】『기흉 및 신생아기흉 분류표』 참조)을 말합니다.
- ② 이 특약에서 「기흉」 및 「신생아기흉」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 병력, 흉부X선 촬영, 흉부전산화단층촬영(CT)혹은 흉부 방사선촬영 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 확인이 필요한 경우 기흉 또는 신생아기흉 검사 결과지의 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 제3조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호에서 정한 기흉진단비(신생아기흉진단비 제외)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에

따라 회사가 적용한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 3-8. 5대장기이식수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병으로 인하여 장기 수혜자로서 「5대장기이식수술」을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 5대장기이식수술비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 이 특별약관에서 「5대장기」라 함은 간장, 신장, 심장, 췌장 및 폐장을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「5대장기이식수술」이라 함은 「장기 등 이식에 관한 법률」에서 정한 절차 및 방법에 따라 기증자의 5대장기를 이식대상자(피보험자)에게 이식하는 수술을 말합니다. 단, 랑게르한스 소도세포 이식수술은 「5대장기이식수술」로 보지 않습니다.
- ④ 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술

6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
 - 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
 - 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
 - 기타 이와 유사한 시술
- ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 5대장기이식수술비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 3-9. 각막이식수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병으로 인하여 장기 수혜자로서 「각막이식수술」을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 각막이식수술비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 이 특별약관에서 「각막이식수술」이라 함은 「장기 등 이식에 관한 법률」에서 정한 절차 및 방법에 따라 기증자의 각막을 이식대상자(피보험자)에게 이식하는 수술을 말합니다.
- ③ 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢查) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 각막이식수술비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[2종] 3-10. 추간판장애수술비보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병으로 인하여 「추간판장애」로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 추간판장애수술비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보험계약일은 피보험자의 보험나이 8세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특별약관의 보험계약일은 피보험자의 보험나이 8세 계약해당일로 합니다. 단, 8세 이후의 피보험자가 이 특별약관을 가입하는 경우 최초 계약체결일을 보험계약일로 합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제

3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(추간판장애의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 특별약관에서 「추간판장애」라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류에 있어서 추간판탈출증으로 분류되는 질병(【별표67】『추간판탈출증 분류표』 참조)을 말합니다.
- ② 「추간판장애」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(한의사, 치과의사 제외)에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

Ⅳ. 비용 관련 특별약관



[1종, 2종] 4-1. 의료사고법률비용보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 의료기관에서 의사의 진단에 따른 치료중 또는 그 치료의 직접결과로 「의료사고」가 발생하여 소를 제기한 경우, 1심에 한하여 1사고당 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 변호사 착수금의 80%를 의료사고법률비용으로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 보험기간 중 의료기관에서 의사의 진단에 따른 치료를 받고 보험기간 만료 후 그 치료의 직접결과로 의료사고가 발생하여 법원에 소를 제기한 경우에도 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(의료사고 등의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「의료사고」라 함은 의료행위로 인하여 예상외의 원하지 않는 결과를 초창하는 것으로 의료과오로 인한 것과 불가항력적인 것을 포괄하여 말합니다. 그러나 의료법 제3조(의료기관)에 정한 의료기관

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

에서 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 인한 손해는 의료사고로 보지 않습니다.

- ② 이 특별약관에서 「의료기관」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원 또는 의원 등(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)을 말합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 하나의 사유로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보험계약자, 피보험자의 고의
2. 보험증권에 기재된 피보험자에게 보험계약일 이전에 의료사고가 발생한 경우
3. 무면허 또는 무자격자의 의료행위로 의료사고가 발생한 경우
4. 보험계약자나 피보험자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의해 의료사고가 발생한 경우

제5조(보험금의 분담)

- ① 이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 아래에 따라 손해를 보상합니다.

【공제계약】

공제사업을 실시하는 경영주체(협동조합 등)와 공제계약자 사이에 체결되는 계약으로 공제계약자에게 우연한 사고가 발생하였을 경우에 어떤 급부를 약속하는 유상계약을 말하며, 계약조건은 공제약관에 의거합니다.

$$\text{손해액} \times \frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

- ② 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에는 회사의 제1항에 따른 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

보험수익자는 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(법원의 소장접수증명원, 변호사 착수비용 세금계산서, 병원 또는 의원의 진료확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발생 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출한 서류

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

V. 태아 관련 특별약관



[1종, 2종] 5-1. 신생아장해출생진단비보장 특별약관

제1조(특별약관의 체결)

이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 출생전자녀가입 특별약관의 태아를 말합니다. 단, 임신 22주 이내의 태아에 한하여 가입 가능합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 경우에는 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

보험금의 종류		지급금액
1. 저체중아출생 보험금	신생아의 체중이 출생시 2,000그램 이하인 경우 (이하 「저체중아 출생」 이라 합니다)	이 특별약관 보험가입 금액의 1% 해당액
2. 장해출생보험금	신생아가 【별표70】 『장해의 대상 분류표』에 해당하는 장해를 가지고 있는 경우 (이하 「장해출생」 이라 합니다)	이 특별약관 보험가입 금액의 10% 해당액
3. 심한장해출생 보험금	신생아가 【별표71】 『심한장해의 대상 분류표』에 해당하는 심한장해를 가지고 있는 경우 (이하 「심한장해출생」 이라 합니다)	이 특별약관 보험가입 금액의 100% 해당액

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금은 피보험자가 출생한 날부터 1년(제

3조(보험금의 지급사유) 제3호의 심한장해에서 뇌성마비의 경우에는 2년간으로 합니다. 이하 「사고발견기간」이라 합니다)이내에 의사의 진단에 의하여 사고가 발견된 경우에 한하여 보장하여 드립니다.

- ② 피보험자가 다태아로 출생한 경우 각각의 피보험자에 대하여 이 특별약관에 따라 보험금을 지급합니다.
- ③ 1인의 피보험자에게 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 저체중아 출생, 장해 출생 또는 심한장해 출생 중 두 가지 이상이 발견된 경우(시기가 다르게 발견된 경우를 포함합니다)에는 각각에 대하여 이 특별약관에 따라 보험금을 지급합니다.
- ④ 1인의 피보험자에게 제3조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 장해 중 두 가지 이상이 발견된 경우에는 먼저 발견된 하나의 장해에 대해서만 제3조(보험금의 지급사유) 제2호에 따라 장해출생보험금을 지급합니다.
- ⑤ 1인의 피보험자에게 제3조(보험금의 지급사유) 제3호에서 정한 심한장해 중 두 가지 이상이 발견된 경우에는 먼저 발견된 하나의 심한장해에 대해서만 제3조(보험금의 지급사유) 제3호에 따라 심한장해출생보험금을 지급합니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자의 가족관계등록부상 부모가 고의로 피보험자를 해친 경우
2. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
3. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제6조(보장의 시기 및 종기)

- ① 피보험자에 대한 회사의 보장은 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

의 보장개시)에도 불구하고 피보험자가 출생한 날에 시작하여 사고발견 기간이 종료된 때에 끝납니다. 단, 사고발견기간 종료전이라도 사고가 발견되어 보험금을 지급한 경우에는 해당 보장의 보험기간이 종료된 것으로 간주합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 회사는 다른 약정이 없으면 제1회 보험료를 받기 전에 생긴 사고에 대하여는 보장하지 않습니다.

제7조(무효 또는 해지인 경우의 환급)

- ① 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 이미 납입한 이 특별약관의 보험료와 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
- ② 제1항 이외의 사유로 무효 또는 해지가 된 경우에는 해약환급금을 지급합니다. 다만, 보험계약의 해지가 피보험자의 출생 후에 이루어진 경우에는 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 계약을 체결할 때 피보험자가 태아이며 계약자가 피보험자 출생전에 계약을 해지하는 경우에는 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 지급합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 모두 발생하여 보험금이 지급된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조

(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 5-2. 저체중아입원일당(3일이상60일한도)보장 특별약관

제1조(특별약관의 체결)

이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 출생전자녀가입 특별약관의 태아를 말합니다. 단, 임신 22주 이내의 태아에 한하여 가입 가능합니다.

제3조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 신생아의 출생일로부터 1년으로 합니다.

제4조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 저체중 출생아(출생시 체중이 2.5kg 이하인 신생아를 말합니다)로 출생하여 인큐베이터(조산아 보육기를 말합니다)를 3일 이상 사용했을 경우에는 3일째 사용일부터 사용 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 저체중아입원일당(3일이상60일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 저체중아입원일당(3일이상60일한도)의 지급일수는 최고 60일을 한도로 합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 다태아로 출생한 경우 각각의 신생아에 대하여 이 특별약관에 따라 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 이 특별약관 가입시 계약자가 태아의 이상상태를 이미 알고 있던 경우에는 보험금 지급사유가 발생한 때에도 저체중아입원일당(3일이상60일한도)을 지급하지 않습니다.

제7조(무효 또는 해지인 경우의 환급)

- ① 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 이미 납입한 이 특별약관의 보험료와 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
- ② 제1항 이외의 사유로 무효 또는 해지가 된 경우에는 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 계약을 체결할 때 피보험자가 태아이며 계약자가 피보험자 출생전에 계약을 해지하는 경우에는 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 지급합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에

따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 5-3. 극소저체중아입원일당(3일이상60일한도)보장 특별약관

제1조(특별약관의 체결)

이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 출생전자녀가입 특별약관의 태아를 말합니다. 단, 임신 22주 이내의 태아에 한하여 가입 가능합니다.

제3조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 신생아의 출생일로부터 1년으로 합니다.

제4조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 극소저체중출생아(출생시 체중이 1.5kg 이하인 신생아를 말합니다)로 출생하여 인

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

큐베이터(조산아 보육기를 말합니다)를 3일 이상 사용했을 경우에는 3일째 사용일부터 사용 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 극소저체중아입원일당(3일이상60일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 극소저체중아입원일당(3일이상60일한도)의 지급일수는 최고 60일을 한도로 합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 다태아로 출생한 경우 각각의 신생아에 대하여 이 특별약관에 따라 보험금을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 이 특별약관 가입시 계약자가 태아의 이상상태를 이미 알고 있던 경우에는 보험금 지급사유가 발생한 때에도 극소저체중아입원일당(3일이상60일한도)을 지급하지 않습니다.

제7조(무효 또는 해지인 경우의 환급)

- ① 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 이미 납입한 이 특별약관의 보험료와 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
- ② 제1항 이외의 사유로 무효 또는 해지가 된 경우에는 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 계약을 체결할 때 피보험자가 태아이며 계약자가 피보험자 출생전에 계약을 해지하는 경우에는 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 지급합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 5-4. 신생아질병입원일당(4일이상120일한도)보장 특별약관

제1조(특별약관의 체결)

이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 출생전자녀가입 특별약관의 태아를 말합니다. 단, 임신 22주 이내의 태아에 한하여 가입 가능합니다.

제3조(특별약관의 보험기간)

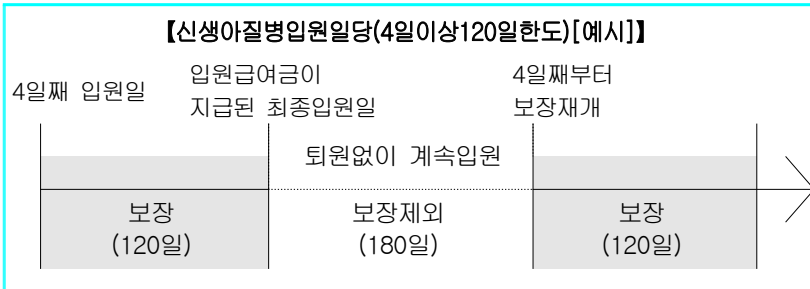
이 특별약관의 보험기간은 신생아의 출생일로부터 1년으로 합니다.

제4조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「출생 전후기 질병」의 치료를 직접적인 목적으로 4일이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 신생아질병입원일당(4일이상120일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 신생아질병입원일당(4일이상120일한도)의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 「출생전후기 질병」의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 「출생전후기 질병」에 대한 입원이라도 신생아질병입원일당(4일이상120일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 신생아질병입원일당(4일이상120일한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 신생아질병입원일당(4일이상120일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ② 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「출생전후기 질병」의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 피보험자가 보험기간 중입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제4조(보험금의 지급사유)에 따라 신생아질병입원일당(4일이상120일한도)을 계속 지

급합니다.

- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 신생아질병입원일당(4일이상120일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 피보험자가 다태아로 출생한 경우 각각의 신생아에 대하여 이 특별약관에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제4조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(출생전후기 및 출생전후기 질병의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「출생전후기」라 함은 임신 28주부터 생후 1주사이의 기간을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「출생전후기 질병」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 출생전후기 질병으로 분류되는 질병(【별표72】『출생전후기에 발생한 주요병태 분류표』참조)을 말합니다.

제7조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「출생전후기 질병」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 이 특별약관 가입시 계약자가 태아의 이상상태를 이미 알고 있던 경우에는 보험금 지급사유가 발생한 때에도 신생아질병입원일당(4일이상120일한도)을 지급하지 않습니다.

제9조(무효 또는 해지인 경우의 환급)

- ① 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 이미 납입한 이 특별약관의 보험료와 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
- ② 제1항 이외의 사유로 무효 또는 해지가 된 경우에는 해약환급금을 지급합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 계약을 체결할 때 피보험자가 태아이며 계약자가 피보험자 출생전에 계약을 해지하는 경우에는 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 지급합니다.

제10조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

**[2종] 5-5. 선천이상입원일당(1일이상120일한도)보장 특별약관,
선천이상입원일당(1일이상120일한도)(태아보장)보장 특별약관**

제1조(특별약관의 체결)

이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 출생전자녀가입 특별약관의 태아를 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

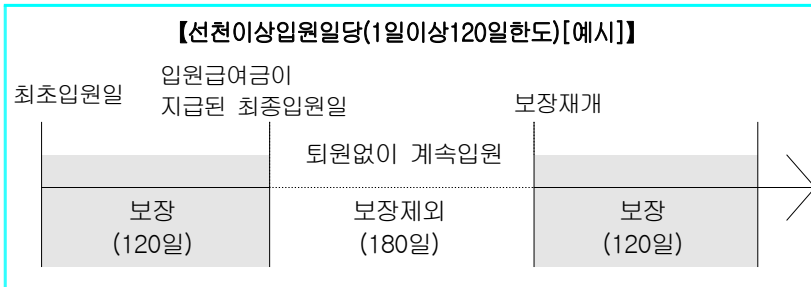
회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「선천 이상」으로 진단 확정되고, 「선천이상」의 치료를 직접적인 목적으로 1일 이상 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 선천이상입원일당(1일이상120일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 선천이상입원일당(1일이상120일한도)의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 동일한 「선천이상」의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 「선천이상」에 대한 입원이라도 선천이상입원일당(1일이상120일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

다만, 다음과 같이 선천이상입원일당(1일이상120일한도)이 지급된 최종 입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 선천 이상입원일당(1일이상120일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관



- ② 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「선천이상」의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 피보험자가 보험기간 중 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 선천이상입원일당(1일이상120일한도)을 계속 지급합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 선천이상입원일당(1일이상120일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(선천이상의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「선천이상」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 선천이상으로 분류되는 질병(【별표73】 『선천성기형, 변형 및

염색체이상 분류표』 참조)을 말합니다.

- ② 「선천이상」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제7조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「선천이상」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제34조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[2종] 5-6. 선천이상수술비II보장 특별약관, 선천이상수술비II(태아보장)보장 특별약관

- ※ 선천이상수술비II보장 특별약관은 2개의 세부보장[선천이상수술비II(특정선천이상)보장 , 선천이상수술비II(다발성선천이상)보장]으로 구성되어 있습니다.
- ※ 선천이상수술비II(태아보장)보장 특별약관은 2개의 세부보장[선천이상수술비II(특정선천이상)(태아보장)보장 , 선천이상수술비II(다발성선천이상)(태아보장)보장]으로 구성되어 있습니다.

제1조(특별약관의 체결)

이 특별약관은 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

제2조(피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 출생전자녀가입 특별약관의 태아를 말합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 선천이상수술비II(특정선천이상)보장 및 선천이상수술비II(특정선천이상)(태아보장)보장: 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「특정선천이상」으로 진단확정되고, 그 「특정선천이상」의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 선천이상수술비II(특정선천이상)의 보험가입금액을 선천이상수술비II(특정선천이상)로 지급합니다.
- ② 선천이상수술비II(다발성선천이상)보장 및 선천이상수술비II(다발성선천이상)(태아보장)보장 : 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「다발성선천이상」으로 진단확정되고, 그 「다발성선천이상」의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 선천이상수술비II(다발성선천이상)의 보험가입금액을 선천이상수술비II(다발성선천이상)로 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특정선천이상의 등의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「특정선천이상」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 특정선천이상으로 분류되는 질병(【별표74】『특정 선천성기형, 변형 및 염색체이상 분류표』참조)을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「다발성선천이상」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 다발성선천이상으로 분류되는 질병(【별표75】『다발성 선천성기형, 변형 및 염색체이상 분류표』참조)을 말합니다.
- ③ 「특정선천이상」 또는 「다발성선천이상」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제7조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제8조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유

가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제34조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

VI. 갱신형 특별약관



[1종, 2종] 6-1. 갱신형 통합상해진단비(연간1회한)보장 특별약관, 갱신형 통합상해진단비(연간1회한)(태아보장)보장 특별약관

- ※ 갱신형 통합상해진단비(연간1회한)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.
- ※ 갱신형 통합상해진단비(연간1회한)보장 특별약관은 3개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.
 - ① 갱신형 통합상해진단비(경증상해)(부위별 연간1회한)
 - ② 갱신형 통합상해진단비(중등증상해)(부위별 연간1회한)
 - ③ 갱신형 통합상해진단비(중증상해)(부위별 연간1회한)
- ※ 갱신형 통합상해진단비(연간1회한)(태아보장)보장 특별약관은 3개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.
 - ① 갱신형 통합상해진단비(경증상해)(부위별 연간1회한)(태아보장)
 - ② 갱신형 통합상해진단비(중등증상해)(부위별 연간1회한)(태아보장)
 - ③ 갱신형 통합상해진단비(중증상해)(부위별 연간1회한)(태아보장)

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 「통합상해사고」로 진단확정된 경우 보험수익자에게 세부보장에 따라 각각 부위별로 연간 1회에 한하여 아래와 같이 통합상해진단비를 지급합니다.

구 분	부위	지급금액
1. 통합상해진단비(경증상해)(부위별 연간1회한)	머리 및 목	이 보장 보험가입금액 의 100%
	복부 및 등	
	어깨 및 팔	
	손목 및 손	
	엉덩이 및 다리	
	발목 및 발	
	기타	
2. 통합상해진단비(중등증상해)(부위별 연간1회한)	머리 및 목	이 보장 보험가입금액 의 100%
	복부 및 등	
	어깨 및 팔	
	손목 및 손	
	엉덩이 및 다리	
	발목 및 발	
	기타	
3. 통합상해진단비(중증상해)(부위별 연간1회한)	머리 및 목	이 보장 보험가입금액 의 100%
	복부 및 등	
	어깨 및 팔	
	손목 및 손	
	엉덩이 및 다리	
	발목 및 발	
	기타	

② 제1항의 「연간」이라 함은 보험계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(통합상해사고의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「통합상해사고」라 함은 「통합상해사고 분류표」(【별표130】통합상해사고 분류표 참조)에서 정한 상해사고를 말합니다.
- ② 「통합상해사고」진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 전산화단층촬영(CT scan), 자기공명영상(MRI), 방사선 촬영(X-ray), 기타 정밀검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「통합상해사고」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「9-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 6-2. 갱신형 암진단비(유사암제외)보장 특별약관, 갱신형
암진단비(유사암제외)(태아보장)보장 특별약관

※ 갱신형 암진단비(유사암제외)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때
에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하 「피보험자」라 합니다)가 이
특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후 「암」으로
진단확정 된 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을
암진단비(유사암제외)로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 「보장개시일」은 이 특별약관의 보험계약일부터 그 날을 포함하
여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약
관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재
보험나이 15세미만 피보험자의 경우 보장개시일은 보험계약일로 합니다.
이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다.

【「암」에 대한 보장개시일 [예시]】	
90일 보장 제외	보험가입금액의 100%
↑ 최초계약일 (2030년 4월 10일)	↑ 보장 개시일 (2030년 7월 9일)
※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.	

- ③ 제2항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로
합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 「암」으로 사망한 사실
이 확인된 경우에는 제1항의 암진단비(유사암제외)를 지급합니다. 다만,
제7조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및
미경과보험료를 지급한 경우에는 암진단비(유사암제외)에서 이미 지급된
계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서 「기타피부암」 및 「갑상선암」을 제외한 질병(【별표14】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.
- ④ 「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

【유의사항】

한국표준질병사인분류 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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

과되었을 경우, 다만, 회사가 나이 of 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제6조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「9-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 암진단비(유사암제외)보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 6-3. 갱신형 통합암진단비(유사암제외)보장 특별약관

※ 갱신형 통합암진단비(유사암제외)보장 특별약관은 아래 8개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 갱신형 통합암진단비(소액암)보장
- 갱신형 통합암진단비(특정소화기계암)보장
- 갱신형 통합암진단비(4대특정암)보장
- 갱신형 통합암진단비(림프종및백혈병관련암)보장
- 갱신형 통합암진단비(심장암및뇌암)보장
- 갱신형 통합암진단비(폐암)보장
- 갱신형 통합암진단비(4대특정암Ⅱ)보장
- 갱신형 통합암진단비(12대특정암)보장

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후 「통합암(유사암제외)」으로 진단 확정된 경우에는 아래 각호에서 정한 보장에 따라 해당 보장별 지급금액을 각각 최초 1회에 한하여 통합암진단비(유사암제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액
1. 통합암진단비(소액암)보장	이 보장 보험가입금액의 100%
2. 통합암진단비(특정소화기계암)보장	이 보장 보험가입금액의 100%
3. 통합암진단비(4대특정암)보장	이 보장 보험가입금액의 100%
4. 통합암진단비(림프종및백혈병관련암)보장	이 보장 보험가입금액의 100%
5. 통합암진단비(심장암및뇌암)보장	이 보장 보험가입금액의 100%
6. 통합암진단비(폐암)보장	이 보장 보험가입금액의 100%
7. 통합암진단비(4대특정암Ⅱ)보장	이 보장 보험가입금액의 100%
8. 통합암진단비(12대특정암)보장	이 보장 보험가입금액의 100%

- ② 제1항의 「보장개시일」은 이 특별약관의 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 보장개시일은 보험계약일로 합니다.

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다.

- ③ 제2항에도 불구하고 갱신계약의 경우에는 「보장개시일」은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

【통합암진단비(유사암제외) 보장개시일 [예시]】	
90일 보장 제외	보험가입금액의 100%
↑ 최초계약일 (2030년 4월 10일)	↑ 보장 개시일 (2030년 7월 9일)
※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.	

- ④ 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 통합암(유사암제외)으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 제1항의 통합암진단비(유사암제외)를 지급합니다. 다만, 제7조(특별약관의 소멸) 제3항에 따라 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는 통합암진단비(유사암제외)에서 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감한 금액을 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(통합암(유사암제외)의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「통합암(유사암제외)」라 함은 「소액암」, 「특정소화기계암」, 「4대특정암」, 「림프종및백혈병관련 암」, 「심장암및뇌암」, 「폐암」, 「4대특정암Ⅱ」, 「12대특정암」 8개의 세부보장(【별표132】『통합암(유사암제외) 분류표』 참조)을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with

malignant potential)는 제외합니다.

- ② 제1항의 「소액암」 이라 함은 【별표132】 『통합암(유사암제외) 분류표』에서 정한 세부보장 소액암을 말합니다.
- ③ 제1항의 「특정소화기계암」 이라 함은 【별표132】 『통합암(유사암제외) 분류표』에서 정한 세부보장 특정소화기계암을 말합니다.
- ④ 제1항의 「4대특정암」 이라 함은 【별표132】 『통합암(유사암제외) 분류표』에서 정한 세부보장 4대특정암을 말합니다.
- ⑤ 제1항의 「림프종및백혈병관련암」 이라 함은 【별표132】 『통합암(유사암제외) 분류표』에서 정한 세부보장 림프종및백혈병관련암을 말합니다.
- ⑥ 제1항의 「심장암및뇌암」 이라 함은 【별표132】 『통합암(유사암제외) 분류표』에서 정한 세부보장 심장암및뇌암을 말합니다.
- ⑦ 제1항의 「폐암」 이라 함은 【별표132】 『통합암(유사암제외) 분류표』에서 정한 세부보장 폐암을 말합니다.
- ⑧ 제1항의 「4대특정암Ⅱ」 이라 함은 【별표132】 『통합암(유사암제외) 분류표』에서 정한 세부보장 4대특정암Ⅱ를 말합니다.
- ⑨ 제1항의 「12대특정암」 이라 함은 【별표132】 『통합암(유사암제외) 분류표』에서 정한 세부보장 12대특정암을 말합니다.
- ⑩ 「통합암(유사암제외)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「통합암(유사암제외)」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「통합암(유사암제외)」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ⑪ 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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「6-8. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제6조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 해당 보장 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「통합암(유사암제외)」로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「소액암」, 「특정소화기계암」, 「4대 특정암」, 「림프종및백혈병관련암」, 「심장암및뇌암」, 「폐암」, 「4대특정암Ⅱ」 또는 「12대특정암」에 해당하는 지급사유가 발생하여 보험금을 지급한 때에는 각각에 대한 세부보장이 소멸됩니다. 이 경우 회사는 소멸되는 세부보장 부분에 대한 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 「소액암」, 「특정소화기계암」, 「4대 특정암」, 「림프종및백혈병관련암」, 「심장암및뇌암」, 「폐암」, 「4대특정암Ⅱ」 또는 「12대특정암」에 해당하는 지급사유가 발생하여 각 1회씩 총 8회 보험금을 지급한 때에는 최종 보험금 지급사유가 생긴 때로부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ③ 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ④ 제3항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제1절 일반조항 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제1절 일반조항 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급일일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 6-4. 갱신행 중증질환자(암)산정특례대상이후전이암진단비(최초1회한)보장 특별약관

※ 갱신행 중증질환자(암)산정특례대상이후전이암진단비(최초1회한)보장 특별약관은 아래 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 갱신행 중증질환자(암)산정특례대상이후림프절전이암진단비(최초1회한)보장
- 갱신행 중증질환자(암)산정특례대상이후특정전이암진단비(최초1회한)보장

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후 아래 각호에 해당하는 경우에는 해당 보장별 지급금액을 각각 최초1회에 한하여 중증질환자(암)산정특례대상이후전이암진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

1. 「중증질환자(암)산정특례대상」으로 「산정특례 신규등록」되고 「림프절전이암」으로 진단 확정된 경우

구 분	지급금액
중증질환자(암)산정특례대상이후 림프절전이암진단비(최초1회한)보장	이 보장 보험가입금액의 100%

2. 「중증질환자(암)산정특례대상」으로 「산정특례 신규등록」되고 「특정전이암」으로 진단 확정된 경우

구 분	지급금액
중증질환자(암)산정특례대상이후 특정전이암진단비(최초1회한)보장	이 보장 보험가입금액의 100%

- ② 제1항의 「보장개시일」은 이 특별약관의 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 보장개시일은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다.

【중증질환자(암)산정특례대상이후전이암진단비 보장개시일 [예시]】	
90일 보장 제외	보험가입금액의 100%
↑ 최초계약일 (2030년 4월 10일)	↑ 보장 개시일 (2030년 7월 9일)
※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.	

- ③ 제2항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

제2조(보험금의 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ② 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 「중증질환자(암) 산정특례대상」 등록이 취소되는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증질환자(암)산정특례대상이후전이암진단비(최초1회한) 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(중증질환자(암)산정특례대상의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「중증질환자(암) 산정특례대상」이라 함은 「중증질환자(암) 산정특례대상 질병」으로 【별표102】 『중증질환자(암) 산정특례대상 분류표』 【별표15】 『기타피부암 및 갑상선암 분류표』에서 정한 산정특례대상에 해당하는 경우를 말합니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ② 이 특별약관에서 「중증질환자(암) 산정특례대상 질병」이라 함은 【별표 102-1】 『중증질환자(암) 산정특례대상 질병 분류표』 【별표102】 『중증질환자(암) 산정특례대상 분류표』 【별표15】 『기타피부암 및 갑상선암 분류표』에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ③ 제2항의 「중증질환자(암) 산정특례대상 질병」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「중증질환자(암) 산정특례대상 질병」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「중증질환자(전이암) 산정특례대상 질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

- ④ 제1항에도 불구하고 ‘본인일부부담금 산정특례에 관한 기준’ 개정으로 산정특례적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 ‘본인일부부담금 산정특례에 관한 기준’에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

【용어풀이】

본인일부부담금 산정특례제도란 국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담)제1항 별표2 및 의료급여법 제10조(급여비용의 본인부담) 동법 시행령 제13조(급여비용의 본인부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료비 본인부담률을 경감해주는 제도

【중증질환자(암) 산정특례대상 등록신청 절차】

「중증질환자(암)산정특례대상」에 해당하는 사람은 의사가 산정특례 대상질환으로 확진한 경우 ‘건강보험 산정특례 등록 신청서’를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다.

제4조(산정특례 신규등록의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「산정특례 신규등록」이라 함은 보험기간 중에 ‘본인일부부담금 산정특례에 관한 기준’ 제7조에 의해 건강보험 산정특례 등록신청서를 국민건강보험공단 또는 요양기관에 제출하여 산정특례대상으로 등록된 경우를 말합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, ‘본인일부부담금 산정특례에 관한 기준’ 제8조에 의한 산정특례 재등록은 보장에서 제외합니다.

【중증질환자(전이암) 산정특례 재등록】

1. 법령에서 정한 중증질환자 암 산정특례기간(5년) 종료시점에 잔존암, 전이암이 있거나, 추가로 재발이 확인되는 경우로서 암조직의 제거·소멸을 목적으로 수술, 방사선·호르몬 등의 항암치료 중인 경우이거나, 항암제를 계속하여 투여 중인 암환자는 산정특례 종료예정일 3개월 전부터 산정특례 재등록을 할 수 있습니다.
2. 암 재등록 시에도 암 산정특례 등록기준을 충족해야 하며, 등록기준 미충족 시에는 등록기준 예외적용 기준을 충족하는 경우에만 재등록 가능합니다.

제5조(전이암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「전이암」이라 함은 「림프절전이암」 및 「특정전이암」을 총칭합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 「림프절전이암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물」로 분류되는 질병(【별표110】『전이암 분류표』 참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「특정전이암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

있어서 「호흡 및 소화기관외의 이차성 악성 신생물」, 「기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성 신생물」, 「부위의 명시가 없는 악성 신생물」로 분류되는 질병(【별표110】『전이암 분류표』참조)을 말합니다.

- ④ 「전이암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘 흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「전이암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「전이암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서, 산정특례 등록여부를 확인할 수 있는 서류(진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 건강보험 산정특례 등록 신청서 사본, 진료비계산서영수증(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제8조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「6-8. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제9조(특별약관의 무효)

보통약관 제22조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특별약관의 최초계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일 전일 이전에 아래 각호에서 정한 보장별 해당 질병으로 진단 받은 경우에는 해당 보장 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

구 분	해당 질병
1. 중증질환자(암)산정특례대상이후림프절전이암진단비 (최초1회한)보장	림프절전이암
2. 중증질환자(암)산정특례대상이후특정전이암진단비 (최초1회한)보장	특정전이암

제10조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호에서 정한 「중증질환자(암)산정특례대상이후림프절전이암진단비(최초1회한)보장」 보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 보장 특별약관은 소멸되며, 이 보장 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호에서 정한 「중증질환자(암)산정특례대상이후특정전이암진단비(최초1회한)보장」 보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 보장 특별약관은 소멸되며, 이 보장 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 회사가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호 및 제2호에서 정한 보험금을 모두 지급한 경우에는 마지막 지급사유의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- ④ 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ⑤ 제4항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제1절 일반조항 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 6-5. 갱신형 중증질환자(암)산정특례대상(최초1회한)보장 특별약관, 갱신형 중증질환자(암)산정특례대상(최초1회한)(태아보장)보장 특별약관

- ※ 갱신행 중증질환자(암)산정특례대상(최초1회한)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.
- ※ 갱신행 중증질환자(암)산정특례대상(최초1회한)보장 특별약관은 4개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.
- ① 갱신행 중증질환자 암(유사암및13대특정암제외)산정특례대상(최초1회한)보장
 - ② 갱신행 중증질환자 10대특정암산정특례대상(최초1회한)보장
 - ③ 갱신행 중증질환자 3대특정암(생식기및소액암)산정특례대상(최초1회한)보장
 - ④ 갱신행 중증질환자 유사암및양성신생물산정특례대상(최초1회한)보장
- ※ 갱신행 중증질환자(암)산정특례대상(최초1회한)(태아보장)보장 특별약관은 4개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.
- ① 갱신행 중증질환자 암(유사암및13대특정암제외)산정특례대상(최초1회한)(태아보장)보장
 - ② 갱신행 중증질환자 10대특정암산정특례대상(최초1회한)(태아보장)보장
 - ③ 갱신행 중증질환자 3대특정암(생식기및소액암)산정특례대상(최초1회한)(태아보장)보장
 - ④ 갱신행 중증질환자 유사암및양성신생물산정특례대상(최초1회한)(태아보장)보장

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제3항에서 정한 보장개시일 이후에 「중증질환자(암) 산정특례대상 질병」으로 진단 확정되고, 그 질병을 직접적인 원인으로 「중증질환자(암) 산정특례대상」으로 「산정특례 신규등록」된 경우에는 아래 각호에서 정한 보장에 따라 해당 보장별 지급금액을 각각 최초1회에 한하여 중증질환자(암) 산정특례대상 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액
1. 중증질환자 암(유사암및13대특정암제외)산정특례대상(최초1회한)보장	이 보장 보험가입금액의 100%
2. 중증질환자 10대특정암산정특례대상(최초1회한)보장	이 보장 보험가입금액의 100%
3. 중증질환자 3대특정암(생식기및소액암)산정특례대상(최초1회한)보장	이 보장 보험가입금액의 100%
4. 중증질환자 유사암및양성신생물산정특례대상(최초1회한)보장	이 보장 보험가입금액의 100%

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ② 제1항의 중증질환자(암) 산정특례대상 보험금은 「중증질환자(암) 산정특례대상」에 해당되어 여러 번 등록되더라도 제1항 제1호 내지 제4호에서 정한 각 보장별로 최초 1회에 한하여 지급합니다.
- ③ 제1항 제1호 내지 제3호의 「보장개시일」은 이 특별약관의 보험계약일 부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 제1항 제4호의 보장개시일은 보험계약일로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 보장개시일은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다.

【중증질환자(암) 산정특례대상 보장개시일 [예시]】	
① 중증질환자 암(유사암및13대특정암제외)산정특례대상(최초1회한)보장	
② 중증질환자 10대특정암산정특례대상(최초1회한)보장	
③ 중증질환자 3대특정암(생식기및소액암)산정특례대상(최초1회한)보장	
90일 보장 제외	보험가입금액의 100%
↑ 최초계약일 (2030년 10월 1일)	↑ 보장 개시일 (2030년 12월 30일)
④ 중증질환자 유사암및양성신생물산정특례대상(최초1회한)보장	
	보험가입금액의 100%
↑ 최초계약일(보장개시일) (2030년 10월 1일)	

- ④ 제3항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

제2조(보험금의 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제

3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

- ② 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 「중증질환자(암) 산정특례대상」 등록이 취소되는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증질환자(암) 산정특례대상 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(중증질환자(암) 산정특례대상 등의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「중증질환자(암) 산정특례대상」이라 함은 「중증질환자(암) 산정특례대상 질병」으로 【별표102】 중증질환자(암) 산정특례대상 분류표에서 정한 산정특례대상에 해당하는 경우를 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「중증질환자(암) 산정특례대상 질병」이라 함은 【별표 102-1】 중증질환자(암) 산정특례대상 질병 분류표에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외하며, 「암」에 대한 진단은 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 진단 확정된 경우에 한합니다.

【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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

- ③ 제2항의 「중증질환자(암) 산정특례대상 질병」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 ‘본인일부부담금 산정특례에 관한 기준’ 개정으로 산정특례적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 ‘본인일부부담금 산정특례에 관한 기준’에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

【용어풀이】

본인일부부담금 산정특례제도란 국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담)제1항 별표2 및 의료급여법 제10조(급여비용의 본인부담) 동법 시행령 제13조(급여비용의 본인부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료비 본인부담률을 경감해주는 제도

【중증질환자(암) 산정특례대상 등록신청 절차】

「중증질환자(암) 산정특례대상」에 해당하는 사람은 의사가 산정특례 대상 질환으로 확진한 경우 ‘건강보험 산정특례 등록 신청서’를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다.

제4조(산정특례 신규등록의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「산정특례 신규등록」이라 함은 보험기간 중에 ‘본인일

부부담금 산정특례에 관한 기준' 제7조에 의해 건강보험 산정특례 등록 신청서를 국민건강보험공단 또는 요양기관에 제출하여 산정특례대상으로 등록된 경우를 말합니다.

- ② 제1항에도 불구하고, '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준' 제8조에 의한 산정특례 재등록은 보장에서 제외합니다.

【중증질환자(암) 산정특례 재등록】

1. 법령에서 정한 중증질환자 암 산정특례기간(5년) 종료시점에 잔존암, 전이암이 있거나, 추가로 재발이 확인되는 경우로서 암조직의 제거·소멸을 목적으로 수술, 방사선·호르몬 등의 항암치료 중인 경우이거나, 항암제를 계속하여 투여 중인 암환자는 산정특례 종료예정일 3개월 전부터 산정특례 재등록을 할 수 있습니다.
2. 암 재등록 시에도 암 산정특례 등록기준을 충족해야 하며, 등록기준 미충족 시에는 등록기준 예외적용 기준을 충족하는 경우에만 재등록 가능합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서, 산정특례 등록여부를 확인할 수 있는 서류(진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 건강보험 산정특례 등록 신청서 사본, 진료비계산서영수증(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「9-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제8조(특별약관의 무효)

보통약관 제22조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 보장개시일 전일 이전에 아래 각호에서 정한 보장별 해당 질병으로 진단 받은 경우에는 해당 보장 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

구 분	해당 질병
1. 중증질환자 암(유사암및13대특정암제외)산정특례대상(최초1회한)보장	암(유사암 및 13대특정암 제외)
2. 중증질환자 10대특정암산정특례대상(최초1회한)보장	10대특정암
3. 중증질환자 3대특정암(생식기및소액암)산정특례대상(최초1회한)보장	3대특정암(생식기 및 소액암)

제9조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호에서 정한 중증질환자 암(유사암 및 13대특정암제외) 산정특례대상(최초1회한)보장 보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 보장 특별약관은 소멸되며, 이 보장 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제2호에서 정한 중증질환자 10대특정암 산정특례대상(최초1회한)보장 보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 보장 특별약관은 소멸되며, 이 보장 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제3호에서 정한 중증질환자 3대특정암(생식기 및 소액암) 산정특례대상(최초1회한)보장 보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 보장 특별약관은 소멸되며, 이 보장 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제4호에서 정한 중증질환자 유사암 및 양성신생물 산정특례대상(최초1회한)보장 보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 해당 보장 특별약관은 소멸되며, 이 보장 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호 내지 제4호에서 정한 보험금을 모두 지급한 경우에는 마지막 지급사유의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ⑦ 제6항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 보장개시일을 적용합니다.

제11조(준용규정)

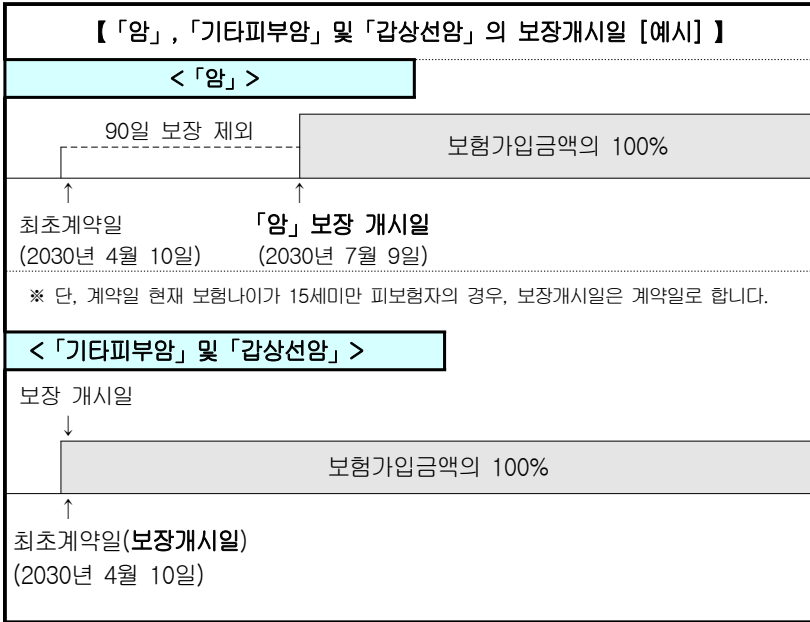
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 6-6. 갱신형 항암방사선치료후5대합병증진단비(최초1회한)보장 특별약관,
갱신형 항암방사선치료후5대합병증진단비(최초1회한)(태아보장)보장 특별약관

※ 갱신형 항암방사선치료후5대합병증진단비(최초1회한)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 확정되고, 그 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 후 「항암방사선치료를 받은 날로부터 1년 이내에 「항암방사선치료후 5대합병증」 중 골괴사, 방사선장염, 방사선방광염으로 진단확정」되거나 「항암방사선치료를 받은 날로부터 90일 이내에 「항암방사선치료후 5대합병증」 중 폐렴, 뇌부종으로 진단확정」 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 항암방사선치료후5대합병증진단비(최초1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 「보장개시일」은 「암」의 경우 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 보장개시일은 보험계약일로 합니다



- ③ 제2항에도 불구하고 갱신계약의 경우에는 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.
- ④ 제1항의 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제2조(보험금의 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암, 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서 「기타피부암」 및 「갑상선암」을 제외한 질병(【별표14】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ④ 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

- ⑤ 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 경우에

는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(항암방사선치료후 합병증의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「항암방사선치료후 5대합병증」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「항암방사선치료후 5대합병증」으로 분류되는 질병(【별표98】『항암방사선치료후 5대합병증 분류표』 참조)을 말합니다.
- ② 제1항의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「9-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제7조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제8조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암방사선치료후4대합병증진단비(최초1회한)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활

(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제10조(준용규정)

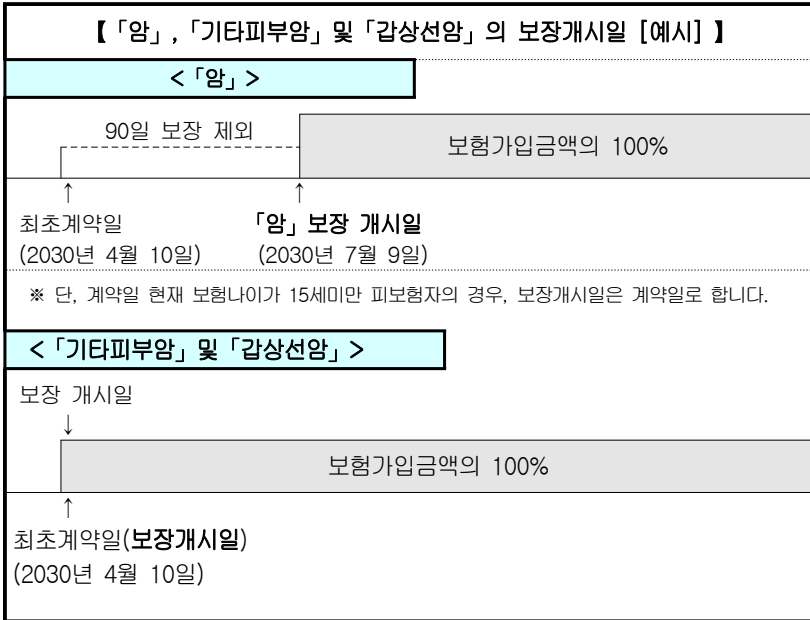
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 6-7. 갱신형 항암방사선치료후4대합병증진단비(최초1회한)보장 특별약관,
갱신형 항암방사선치료후4대합병증진단비(최초1회한)(태아보장)보장 특별약관

※ 갱신형 항암방사선치료후4대합병증진단비(최초1회한)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 확정되고, 그 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 후 「항암방사선치료를 받은 날로부터 1년 이내에 「항암방사선치료 후 4대합병증」으로 진단 확정」 되었을 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 항암방사선치료후4대합병증진단비(최초1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 「보장개시일」은 「암」의 경우 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 보장개시일은 보험계약일로 합니다



- ③ 제2항에도 불구하고 갱신계약의 경우에는 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.
- ④ 제1항의 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제2조(보험금의 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암, 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서

악성신생물(암)로 분류되는 질병에서 「기타피부암」 및 「갑상선암」을 제외한 질병(【별표14】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

- ② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ④ 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

- ⑤ 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. 다만, 이 경우에

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(항암방사선치료후 합병증의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「항암방사선치료후 4대합병증」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「항암방사선치료후 4대합병증」으로 분류되는 질병(【별표99】『항암방사선치료후 4대합병증 분류표』참조)을 말합니다.
- ② 제1항의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「9-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제7조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로

이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제8조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 항암방사선치료후4대합병증진단비(최초1회한)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 6-8. 갱신형 갑상선바늘생검조직병리진단비(급여)(연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「갑상선바늘생검조직병리진단(급여)」을 받은 경우에는 부위 및 횟수와 상관없이 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 갑상선바늘생검조직병리진단비(급여)(연간1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 「연간」이라 함은 보험계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(갑상선바늘생검조직병리진단(급여)의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「갑상선바늘생검조직병리진단(급여)」라 함은 아래의 수가코드에 해당하는 의료행위를 한 경우를 말합니다.

내용	수가코드
갑상선생검-침생검	C8591

- ② 이 특별약관에서 「갑상선바늘생검조직병리진단(급여)」라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정

한 의료기관의 의사(치과의사 제외)의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「갑상선바늘생검조직병리진단」이 필요하다고 인정한 경우로서 질병의 진단을 위해 생체에서 세포, 조직의 일부를 바늘을 이용하여 추출하는 바늘생검(Needle Biopsy)을 통해 조직의 병리를 진단하는 방법을 말합니다.

- ③ 「갑상선바늘생검조직병리진단(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.
- ④ 제1항의 「갑상선바늘생검조직병리진단(급여)」은 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
- ⑤ 제1항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「갑상선바늘생검조직병리진단(급여)」당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 「갑상선바늘생검조직병리진단(급여)」 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ⑥ 제1항의 수가코드를 받지 않았음에도 불구하고, 조직검사결과지에서 「갑상선바늘생검조직병리진단(급여)」시술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 「갑상선바늘생검조직병리진단(급여)」를 받은 것으로 봅니다.
- ⑦ 「갑상선바늘생검조직병리진단(급여)」은 보험기간 중 갑상선의 영상의학적 검사, 혈액검사, 신체검사 등을 통하여 내려진 의사의 이상소견을 기초로 하여야 합니다. 다만 회사가 「갑상선바늘생검조직병리진단(급여)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(건강보험심사평가원진료수가코드(EDI) 필수 기재), 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「9-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 6-9. 갱신형 유방비늘생검조직병리진단비(급여)(연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「유방비늘생검조직병리진단(급여)」을 받은 경우에는 부위 및 횡수와 상관 없이 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 유방비늘생검조직병리진단비(급여)(연간1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 「연간」이라 함은 보험계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(유방비늘생검조직병리진단(급여)의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「유방비늘생검조직병리진단(급여)」라 함은 아래의 수가코드에 해당하는 의료행위를 한 경우를 말합니다.

내용	수가코드
유방생검(편측)-침생검	C8641

- ② 이 특별약관에서 「유방비늘생검조직병리진단(급여)」라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외)의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「유방비늘생검조직병리진단」이 필요하다고 인정한 경우로서 질병의 진단을 위해 생체에서 세포, 조직의 일부를 바늘을 이용하여 추출하는 바늘생검(Needle Biopsy)을 통해 조직의 병리를 진단하는 방

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

법을 말합니다.

- ③ 제1항의 「유방바늘생검조직병리진단(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.
- ④ 제1항의 「유방바늘생검조직병리진단(급여)」은 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
- ⑤ 제1항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「유방바늘생검조직병리진단(급여)」 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 「유방바늘생검조직병리진단(급여)」 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ⑥ 제1항의 수가코드를 받지 않았음에도 불구하고, 조직검사결과지에서 「유방바늘생검조직병리진단(급여)」 시술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 「유방바늘생검조직병리진단(급여)」를 받은 것으로 봅니다.
- ⑦ 「유방바늘생검조직병리진단(급여)」은 보험기간 중 유방의 영상의학적 검사, 혈액검사, 신체검사 등을 통하여 내려진 의사의 이상소견을 기초로 하여야 합니다. 다만 회사가 「유방바늘생검조직병리진단(급여)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)

2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(건강보험심사평가원진료수가코드(EDI) 필수 기재), 진료비계산서, 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「9-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 6-10. 갱신형 중증질환(뇌혈관)산정특례대상(최초1회)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 진단 확정된 질병으로 「중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상」으로 등록된 경우에는 최초1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중증질환(뇌혈관)산정특례대상보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 중증질환(뇌혈관)산정특례대상) 보험금은 「중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상」에 해당되어 여러 번 등록되더라도 최초 1회에 한하여 지급합니다.

제2조(보험금의 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ② 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 「중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상」등록이 취소되는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증질환(뇌혈관)산정특례대상 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상」이라 함은 【별표103】 중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상 분류표에서 정한 산정특례대상에 해당하는 경우를 말합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 ‘본인일부부담금 산정특례에 관한 기준’ 개정으로 산정특례적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 ‘본인일부부담금 산정특례에 관한 기준’에 따라 이

미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

【중증질환자 뇌혈관질환 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간】

- 「중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상」에 해당하는 사람은 별도의 등록절차 없이 병원측의 요양급여비 청구만으로 산정특례가 적용됩니다.
- 중증질환자 뇌혈관질환의 산정특례는 적용기간이 짧은 점을 감안하여 별도의 자격전환 및 산정특례 등록 없이 자동등록이 되며, 등록시 최대 30일간 적용이 됩니다. 다만, 뇌혈관질환 산정특례 기간동안 재수술시 재수술일로부터 최대 30일 추가로 산정특례 적용기간이 늘어납니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서, 산정특례 등록여부를 확인할 수 있는 서류(진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 건강보험 산정특례 등록 신청서 사본, 진료비계산서영수증(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「9-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증질환(뇌혈관)산정특례대상 보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 6-11. 갱신행 중증질환(뇌혈관)산정특례대상(연간1회한)보장 특별약관,
갱신행 중증질환(뇌혈관)산정특례대상(연간1회한)(태아보장)보장 특별약관

- ※ 갱신행 중증질환(뇌혈관)산정특례대상(연간1회한)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 진단 확정된 질병으로 「중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상」으로 등록된 경우에는 연간1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중증질환(뇌혈관)산정특례대상 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

- ② 제1항의 중증질환(뇌혈관)산정특례대상 보험금은 「중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상」에 해당되어 여러 번 등록되더라도 등록 1회당 연간 1회에 한하여 지급합니다.
- ③ 제1항의 「연간」이라 함은 보험계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조(보험금의 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ② 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 「중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상」등록이 취소되는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증질환(뇌혈관)산정특례대상 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상」이라 함은 【별표103】 중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상 분류표에서 정한 산정특례대상에 해당하는 경우를 말합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 개정으로 산정특례적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 ‘본인일부부담금 산정특례에 관한 기준’에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

【중증질환자 뇌혈관질환 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간】

- 「중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상」에 해당하는 사람은 별도의 등록절차 없이 병원측의 요양급여비 청구만으로 산정특례가 적용됩니다.
- 중증질환자 뇌혈관질환의 산정특례는 적용기간이 짧은 점을 감안하여 별도의 자격전환 및 산정특례 등록 없이 자동등록이 되며, 등록시 최대 30일간

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

적용이 됩니다. 다만, 뇌혈관질환 산정특례 기간동안 재수술시 재수술일로 부터 최대30일 추가로 산정특례 적용기간이 늘어납니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서, 산정특례 등록여부를 확인할 수 있는 서류(진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 건강보험 산정특례 등록 신청서 사본, 진료비계산서영수증(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「9-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제7조(특별약관의 소멸)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계

약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 6-12. 갱신형 중증질환(심장)산정특례대상(최초1회)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 진단 확정된 질병으로 「중증질환자 심장질환 산정특례대상」으로 등록된 경우에는 최초1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중증질환(심장)산정특례대상 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 중증질환(심장)산정특례대상 보험금은 「중증질환자 심장질환 산정특례대상」에 해당되어 여러 번 등록되더라도 등록 1회당 최초 1회에 한하여 지급합니다.

제2조(보험금의 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험²⁵⁰⁴ 약관

- ② 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 「중증질환자 심장질환 산정특례대상」 등록이 취소되는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증질환(심장)산정특례대상 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(중증질환자 심장질환 산정특례대상의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「중증질환자 심장질환 산정특례대상」이라 함은 【별표 104】 중증질환자 심장질환 산정특례대상 분류표에서 정한 산정특례대상에 해당하는 경우를 말합니다.

【용어풀이】

본인일부부담금 산정특례제도란 국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담)제1항 별표2 및 의료급여법 제10조(급여비용의 본인부담) 동법 시행령 제13조(급여비용의 본인부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료비 본인부담률을 경감해주는 제도

- ② 제1항에도 불구하고 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 개정으로 산정특례적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 ‘본인일부부담금 산정특례에 관한 기준’에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

【중증질환자 심장질환 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간】

- 「중증질환자 심장질환 산정특례대상」에 해당하는 사람은 별도의 등록절차 없이 병원측의 요양급여비 청구만으로 산정특례가 적용됩니다.
- 중증질환자 심장질환의 산정특례는 적용기간이 짧은 점을 감안하여 별도의 자격전환 및 산정특례 등록 없이 자동등록이 되며, 등록시 최대 30일(단, 복합 선천성 심기형질환자 또는 심장이식술을 받는 경우 최대 60일)간 적용이 됩니다. 다만, 심장질환 산정특례 기간동안 재수술시 재수술일로부터 최대 30일 추가로 산정특례 적용기간이 늘어납니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지

급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서, 산정특례 등록여부를 확인할 수 있는 서류(진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 건강보험 산정특례 등록 신청서 사본, 진료비계산서영수증(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「9-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증질환(심장)산정특례대상 보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

**[1종, 2종] 6-13. 갱신형 중증질환(심장)산정특례대상(연간1회한)보장 특별약관,
갱신형 중증질환(심장)산정특례대상(연간1회한)(태아보장)보장 특별약관**

※ 갱신형 중증질환(심장)산정특례대상(연간1회한)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 진단 확정된 질병으로 「중증질환자 심장질환 산정특례대상」으로 등록된 경우에는 연간1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중증질환(심장)산정특례대상보장 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 중증질환(심장)산정특례대상 보험금은 「중증질환자 심장질환 산정특례대상」에 해당되어 여러 번 등록되더라도 등록 1회당 연간 1회에 한하여 지급합니다.
- ③ 제1항의 「연간」이라 함은 보험계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조(보험금의 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제

3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

- ② 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 「중증질환자 심장질환 산정특례대상」 등록이 취소되는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증질환(심장)산정특례대상 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(중증질환자 심장질환 산정특례대상의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「중증질환자 심장질환 산정특례대상」이라 함은 【별표 104】 중증질환자 심장질환 산정특례대상 분류표에서 정한 산정특례대상에 해당하는 경우를 말합니다.

【용어풀이】

본인일부부담금 산정특례제도란 국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담)제1항 별표2 및 의료급여법 제10조(급여비용의 본인부담) 동법 시행령 제13조(급여비용의 본인부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료비 본인부담률을 경감해주는 제도

- ② 제1항에도 불구하고 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 개정으로 산정특례적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

【중증질환자 심장질환 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간】

- 「중증질환자 심장질환 산정특례대상」에 해당하는 사람은 별도의 등록절차 없이 병원측의 요양급여비 청구만으로 산정특례가 적용됩니다.
- 중증질환자 심장질환의 산정특례는 적용기간이 짧은 점을 감안하여 별도의 자격전환 및 산정특례 등록 없이 자동등록이 되며, 등록시 최대 30일(단, 복잡 선천성 심기형질환자 또는 심장이식술을 받는 경우 최대 60일)간 적용이 됩니다. 다만, 심장질환 산정특례 기간동안 재수술시 재수술일로부터 최대30일 추가로 산정특례 적용기간이 늘어납니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서, 산정특례 등록여부를 확인할 수 있는 서류(진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 건강보험 산정특례 등록 신청서 사본, 진료비계산서영수증(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「9-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를

제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 6-14. 갱신했던 중증화상산정특례대상(최초1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 인하여 「중증화상 산정특례대상」으로 「산정특례 신규등록」된 경우에는 최초1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중증화상 산정특례대상보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 중증화상 산정특례대상 보험금은 「중증화상 산정특례대상」에 해당되어 여러 번 등록되더라도 최초 1회에 한하여 지급합니다.

제2조(보험금의 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ② 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 「중증화상 산정특례대상」등록이 취소되는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증화상 산정특례대상(최초1회한) 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(중증화상 산정특례대상의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「중증화상 산정특례대상」이라 함은 【별표105】 중증화상 산정특례대상 분류표에서 정한 산정특례대상에 해당하는 경우를 말합니다.

【용어풀이】

본인일부부담금 산정특례제도란 국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담)제1항 별표2 및 의료급여법 제10조(급여비용의 본인부담) 동법 시행령 제13조(급여비용의 본인부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료비 본인부담률을 경감해주는 제도

- ② 제1항에도 불구하고 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 개정으로 산정특례적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

【중증화상 산정특례 등록신청 절차】

「중증화상 산정특례대상」에 해당하는 사람은 의사가 산정특례 대상질환으로 확진한 경우 ‘건강보험 산정특례 등록 신청서’를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다.

제4조(산정특례 신규등록의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「산정특례 신규등록」이라 함은 보험기간 중에 ‘본인일부부담금 산정특례에 관한 기준’ 제7조에 의해 건강보험 산정특례 등록 신청서를 국민건강보험공단 또는 요양기관에 제출하여 산정특례대상으로 등록된 경우를 말합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제8조에 의한 산정특례 재등록은 보장에서 제외합니다.

【중증화상 산정특례 재등록】

법령에서 정한 중증화상 산정특례기간(1년) 종료 후 2년이내에 ‘중증화상의 수술을 받는 경우(V306 제외)’에는 산정특례 재등록을 할 수 있다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서, 산정특례 등록여부를 확인할 수 있는 서류(진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 건강보험 산정특례 등록 신청서 사본, 진료비계산서영수증(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「9-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제8조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증화상 산정특례대상 보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 6-15. 갱신형 중증외상산정특례대상(연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 「중증외상 산정특례대상」으로 등록된 경우에는 연간1회에 한하여 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 중증외상 산정특례대상(연간1회한) 보험금은 「중증외상 산정특례대상」에 해당되어 여러 번 등록되더라도 등록 1회당 연간 1회에 한하여 지급합니다.
- ③ 제1항의 「연간」이라 함은 보험계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조(보험금의 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

- ② 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 「중증외상 산정특례대상」 등록이 취소되는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증외상 산정특례대상(연간1회한) 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(중증외상 산정특례대상의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 「중증외상 산정특례대상」이라 함은 【별표106】(중증외상 산정특례대상 분류표)에서 정한 산정특례대상에 해당하는 경우를 말합니다.

【용어풀이】

본인일부부담금 산정특례제도란 국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담)제1항 별표2 및 의료급여법 제10조(급여비용의 본인부담) 동법 시행령 제13조(급여비용의 본인부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료비 본인부담률을 경감해주는 제도

- ② 제1항에도 불구하고 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 개정으로 산정특례적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

【중증외상 산정특례 등록신청 절차】

「중증외상 산정특례대상」에 해당하는 사람은 의사가 산정특례 대상질환으로 확인한 경우 ‘건강보험 산정특례 등록 신청서’를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서, 산정특례 등록여부를 확인할 수 있는 서류(진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 건강보험 산정특례 등록 신청서 사본, 진료비계산서영수증(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「9-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

**[1종, 2종] 6-16. 갱신형 중증난치질환자(치매제외)산정특례대상(최초1회한)보장 특별약관,
갱신형 중증난치질환자(치매제외)산정특례대상(최초1회한)(태아보장)보장 특별약관**

※ 갱신형 중증난치질환자(치매제외)산정특례대상(최초1회한)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단 확정된 질병으로 「중증난치질환자(치매제외) 산정특례대상」으로 「산정특례 신규등록」된 경우에는 최초1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 중증난치질환자(치매제외) 산정특례대상 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 중증난치질환자(치매제외) 산정특례대상 보험금은 「중증난치질환자(치매제외) 산정특례대상」에 해당되어 여러 번 등록되더라도 최초1회에 한하여 지급합니다.

제2조(보험금의 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ② 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 「중증난치질환자(치매제외) 산정특례대상」등록이 취소되는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증난치질환자(치매제외) 산정특례대상(최초1회한) 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(중증난치질환자(치매제외) 산정특례대상의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「중증난치질환자(치매제외) 산정특례대상」이라 함은 **【별표107】 중증난치질환자(치매제외) 산정특례대상 분류표**에서 정한 산정특례대상에 해당하는 경우를 말합니다.

【용어풀이】

본인일부부담금 산정특례제도란 국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담)제1항 별표2 및 의료급여법 제10조(급여비용의 본인부담) 동법 시행령 제13조(급여비용의 본인부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료비 본인부담률을 경감해주는 제도

- ② 제1항에도 불구하고 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 개정으로 산정특례적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

【중증난치질환자(치매제외) 산정특례 등록신청 절차】

1. 「중증난치질환자(치매제외) 산정특례대상」에 해당하는 사람은 의사가 산정특례 대상질환으로 확인한 경우 '건강보험 산정특례 등록 신청서'를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다.
2. 신생아의 호흡곤란(상병코드 P22.0, P22.8, P22.9) 상병은 생후 24개월 이내 신청가능하며, 인체면역바이러스질환(상병코드 B20~B24) 상병은 등록하지 않고 산정특례 적용합니다.

제4조(산정특례 신규등록의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「산정특례 신규등록」이라 함은 보험기간 중에 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제7조에 의해 건강보험 산정특례 등록신청서를 국민건강보험공단 또는 요양기관에 제출하여 산정특례대상으로 등록된 경우를 말합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제8조에 의한 산정특례 재등록은 보장에서 제외합니다.

【중증난치질환자(치매제외) 산정특례 재등록】

「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제8조(산정특례 재등록) 건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 등록한 중증난치질환자가 특례기간 종료시점에 등록된 중증난치질환자의 잔존이 확인되는 경우로서 해당질환으로 계속 치료 중인 경우 산정특례 재등록을 신청할 수 있다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서, 산정특례 등록여부를 확인할 수 있는 서류(진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 건강보험 산정특례 등록 신청서 사본, 진료비계산서영수증(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「9-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제8조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증난치질환자(치매제외) 산정특례 대상 보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 6-17. 갱신형 희귀질환자산정특례대상(최초1회한)보장 특별약관, 갱신형 희귀질환자산정특례대상(최초1회한)(태아보장)보장 특별약관

- ※ 갱신형 희귀질환자산정특례대상(최초1회한)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단 확정된 질병으로 「희귀질환자 산정특례대상」으로 「산정특례 신규등록」된 경우에는 최초1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 희귀질환자 산정특례대상 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 희귀질환자 산정특례대상 보험금은 「희귀질환자 산정특례대상」에 해당되어 여러 번 등록되더라도 최초 1회에 한하여 지급합니다.

제2조(보험금의 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규

정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

- ② 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 「희귀질환자 산정특례대상」 등록이 취소되는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 희귀질환자 산정특례대상(최초1회한) 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(희귀질환자 산정특례대상의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「희귀질환자 산정특례대상」이라 함은 【별표108】 희귀질환자 산정특례대상 분류표에서 정한 산정특례대상에 해당하는 경우를 말합니다.

【용어풀이】

본인일부부담금 산정특례제도란 국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담)제1항 별표2 및 의료급여법 제10조(급여비용의 본인부담) 동법 시행령 제13조(급여비용의 본인부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료비 본인부담률을 경감해주는 제도

- ② 제1항에도 불구하고 ‘본인일부부담금 산정특례에 관한 기준’ 개정으로 산정특례적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 ‘본인일부부담금 산정특례에 관한 기준’에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

【희귀질환자 산정특례 등록신청 절차】

1. 「희귀환자 산정특례대상」에 해당하는 사람은 의사가 산정특례 대상질환으로 확진한 경우 ‘건강보험 산정특례 등록 신청서’를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다.
2. 다만, [별표72] 희귀질환 산정특례 대상의 Ⅲ~Ⅴ에 해당하는 경우, 공단 이사장이 사전에 승인한 요양기관을 통하여 신청해야 하며, 그 중 Ⅳ~Ⅴ에 해당하는 산정특례는 질병관리청 희귀질환전문위원회로부터 상세불명 희귀질환 및 기타염색체이상질환군의 질환임을 판정받은 후에 신청하여야 합니다.

제4조(산정특례 신규등록의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「산정특례 신규등록」이라 함은 보험기간 중에 ‘본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제7조에 의해 건강보험 산정특례 등록 신청서를 국민건강보험공단 또는 요양기관에 제출하여 산정특례대상으로 등록된 경우를 말합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제8조에 의한 산정특례 재등록은 보장에서 제외합니다.

【희귀질환자 산정특례 재등록】

「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제8조(산정특례 재등록) 건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 등록한 희귀질환자가 특례기간 종료시점에 등록된 희귀질환자의 잔존이 확인되는 경우로서 해당질환으로 계속 치료중인 경우 산정특례 재등록을 신청할 수 있다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서, 산정특례 등록여부를 확인할 수 있는 서류(진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기입), 건강보험 산정특례 등록 신청서 사본, 진료비계산서영수증(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「9-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제8조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 희귀질환자 산정특례대상 보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 6-18. 갱신형 결핵질환자산정특례대상(최초1회만)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 진단 확정된 질병으로 「결핵질환자 산정특례대상」으로 등록된 경우에는 최초1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 결핵질환자 산정특례대상 보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ② 제1항의 결핵질환자 산정특례대상 보험금은 「결핵질환자 산정특례대상」에 해당되어 여러 번 등록되더라도 최초 1회에 한하여 지급합니다.
- ③ 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아이고 출생전자녀가입 특별약관이 부가된 계약인 경우 이 특별약관의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.

제2조(보험금의 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ② 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 「결핵질환자 산정특례대상」 등록이 취소되는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 결핵질환자 산정특례대상(최초1회한) 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(결핵질환자 산정특례대상의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「결핵질환자 산정특례대상」이라 함은 【별표109】 결핵질환자 산정특례대상 분류표에서 정한 산정특례대상에 해당하는 경우를 말합니다.

【용어풀이】

본인일부부담금 산정특례제도란 국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담)제1항 별표2 및 의료급여법 제10조(급여비용의 본인부담) 동법 시행령 제13조(급여비용의 본인부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료비 본인부담률을 경감해주는 제도

- ② 제1항에도 불구하고 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 개정으로 산정특례적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지

급사유 발생 당시의 '본인일부부담금 산정특례에 관한 기준'에 따라 이
미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

【결핵질환자 산정특례 등록신청 절차】

「결핵질환자 산정특례대상」에 해당하는 사람은 의사가 산정특례 대상질환
으로 확진한 경우 '건강보험 산정특례 등록 신청서'를 작성하여 건강보험공
단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지
급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서, 산정특례 등록여부를 확인할 수 있는 서류(진단서(상병
명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명, 수가코드 등 기
입), 건강보험 산정특례 등록 신청서 사본, 진료비계산서영수증(산정
특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진
이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의
인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의
병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한
것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「9-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따
라 갱신됩니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 결핵질환자 산정특례대상 보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 사망한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 6-19. 갱신형 다빈치로봇암수술비(특정암제외)(최초1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 「암(특정암제외)」로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 「다빈치로봇암수술」을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 다빈치로봇암수술비(특정암제외)(최초1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 「암(특정암제외)」에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 보험계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 그럼에도

불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 보장개시일은 보험계약일로 합니다.

【「암(특정암제외)」에 대한 보장개시일 [예시]】	
90일 보장 제외	보험가입금액의 100%
↑ 최초계약일 (2030년 4월 10일)	↑ 보장 개시일 (2030년 7월 9일)
※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.	

③ 제2항에도 불구하고 갱신계약의 경우에는 「암(특정암제외)」에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 항암방사선 및 항암약물치료는 다빈치로봇암수술비(특정암제외)(최초1회 한)가 지급되지 않습니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암(특정암제외)의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암(특정암제외)」라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표78】『악성신생물(암)분류표』 참조) 중에서 「전립선암」 및 「갑상선암」을 제외한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 제1항에서 정한 「전립선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C61(전립선의 악성신생물)로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 제1항에서 정한 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병을 말합니다.

- ④ 「암(특정암제외)」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암(특정암제외)」로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- ⑤ 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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(다빈치로봇암수술의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「다빈치로봇암수술」이라 함은 「암(특정암 제외)」의 직접적인 치료를 목적으로 아래의 추가코드에 해당하는 수술을 한 경우를 말합니다.

내용	추가코드
로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함] - 다빈치 기기da Vinci①	QZ961

【용어풀이】

다빈치로봇암수술이란 암의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다.

(내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치(da Vinci)기기 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 작동하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

- ② 제1항의 「다빈치로봇암수술」은 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「다빈치로봇암수술」 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 「다빈치로봇암수술」 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ④ 제1항의 수가코드를 받지 않았음에도 불구하고, 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 「다빈치로봇암수술」을 받은 것으로 봅니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.
- ④ 제1항의 「수술」은 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외합니다.
- ⑤ 제4항의 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ⑥ 제4항의 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
- ⑦ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 - 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 - 2. 전자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 - 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 - 4. 미용성형 목적의 수술
 - 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 - 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 - 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
 - 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
 - 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
 - 기타 이와 유사한 시술
- ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(건강보험심사평가원진료수가코드(EDI) 필수 기재), 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「9-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제9조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

한 보장개시일의 전일 이전에 「암(특정암제외)」으로 진단확정 되는 경우

2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 다빈치로봇암수술비(특정암제외)(최초1회한)을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 6-20. 갱신형 다빈치로봇암수술비(특정암)(최초1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 「특정암」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 「다빈치로봇암수술」을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 다빈치로봇암수술비(특정암)(최초1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 「특정암」에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 보험계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 보장개시일은 보험계약일로 합니다.

【「특정암」에 대한 보장개시일 [예시]】	
90일 보장 제외	보험가입금액의 100%
↑ 최초계약일 (2030년 4월 10일)	↑ 보장 개시일 (2030년 7월 9일)
※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.	

- ③ 제2항에도 불구하고 갱신계약의 경우에는 「특정암」에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 항암방사선 및 항암약물치료는 다빈치로봇암수술비(특정암)(최초1회한)가 지급되지 않습니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규

정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(특정암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「특정암」이라 함은 「전립선암」 및 「갑상선암」을 말하며, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 제1항에서 정한 「전립선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C61(전립선의 악성신생물)로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 제1항에서 정한 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병을 말합니다.
- ④ 「특정암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「특정암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「특정암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

- ⑤ 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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시

점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세포의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(다빈치로봇암수술의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「다빈치로봇암수술」이라 함은 「특정암」의 직접적인 치료를 목적으로 아래의 수가코드에 해당하는 수술을 한 경우를 말합니다.

내용	수가코드
로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함] - 다빈치 기기 ^㉔ da Vinci ^㉔	QZ961

【용어풀이】

다빈치로봇암수술이란 암의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 행하는 수술을 말합니다.

(내시경 및 수술용 기구 등을 다빈치(da Vinci)기기 팔에 고정하고, 수술자가 조정장치를 작동하여 수술도구가 환자와 직접 접촉하는 수술)

- ② 제1항의 「다빈치로봇암수술」은 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「다빈치로봇암수술」당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 「다빈치로봇암수술」 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

- ④ 제1항의 수가코드를 받지 않았음에도 불구하고, 수술기록지상 다빈치(da Vinci)기기를 이용하여 수술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 「다빈치로봇암수술」을 받은 것으로 봅니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항에서 의료기관이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.
- ④ 제1항의 「수술」은 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외합니다.
- ⑤ 제4항의 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.
- ⑥ 제4항의 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요

법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

⑦ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(건강보험심사평가원진료수가코드(EDI) 필수 기재), 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「9-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제9조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실이 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「특정암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 다빈치로봇암수술비(특정암)(최초1회한)을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계

약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 6-21. 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,연간1회한)보장 특별약관, 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,연간1회한)(태아보장)보장 특별약관

※ 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,연간1회한)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

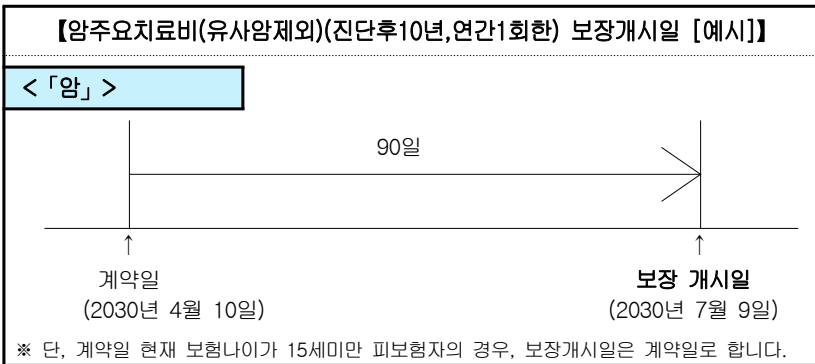
제1조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후 「암」으로 최초 진단 확정되고, 「보험금 지급 대상기간」 이내에 「암」으로 암주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 연간 1회에 한하여 암주요치료비(유사암제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

구 분	지급금액
암주요치료비(유사암제외) (진단후10년,연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 10회 지급)

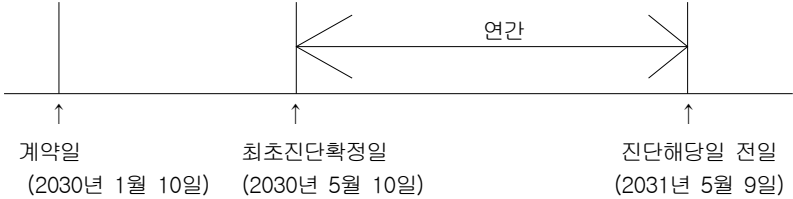
- ② 위 제1항의 암주요치료는 「암」(최초 진단과 상이한 「암」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.
- ③ 제1항의 「보장개시일」은 이 특별약관의 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 최초계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 보장개시일은 보험계약일로 합니다



- ④ 제3항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.
- ⑤ 제1항의 「보험금 지급 대상기간」이라 함은 「암」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며, 암주요치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.
- ⑥ 제1항의 연간이라 함은 「암」 최초 진단 확정일부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 진단해당일 의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단해당일로 합니다.

【 예시 】

< 「연간」에 대한 예시>



【 암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,연간1회한) 지급예시 】

- * 보험가입금액 1,000만원 기준
- * 계약일 : 2030년 7월 1일
- * 소장암(C17) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일
- * 식도암(C15) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일

진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
항암약물치료 (2031.10.1.) 암수술 (2031.8.1.)	암주요치료 미시행	암수술 (2036.12.1.) 항암방사선치료 (2036.9.1.)	암주요치료 미시행	항암약물치료 (2039.8.1)	항암약물치료 (2040.11.1)
2031년 1월1일	2032년 1월1일	2036년 1월1일	2037년 1월1일	2039년 1월1일	2040년 1월1일

구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
보험금	1,000만원	지급 대상 아님	1,000만원	지급 대상 아님	1,000만원	1,000만원

- ※ 2031년 1월1일 소장암(C17) 최초진단 이후 소장암(C17)이외의 암(유사암제외)을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상기간은 2031년 1월1일로부터 10년입니다.
- ※ 2031년 1월1일 소장암(C17) 최초진단 이후 소장암(C17)이외의 암(유사암제외)을 최초 진단받더라도 암 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 「암」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서 「기타피부암」 및 「갑상선암」을 제외한 질병(【별표14】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ④ 「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【‘상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때’에서】

- 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

- ⑤ 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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(암주요치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「암주요치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.
1. 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받은 경우
 2. 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「항암방사선치료」 또는 「항암약물치료」를 받은 경우
- ② 「암주요치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
1. 식이요법, 명상요법 등 「암」의 제거 또는 「암」의 증식 억제를 위하여

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료

2. 면역력 강화 치료

3. 「암」이나 「암」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

4. 제1호 내지 제3호 이외의 「암주요치료」와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

- ③ 제 2항에도 불구하고 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 호스피스완화의료 치료는 「암주요치료」로 봅니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술은 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외합니다.
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치

3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
 - 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
 - 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
 - 기타 이와 유사한 시술
- ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)는 제외합니다.

제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제9조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「9-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제10조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제11조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「암」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미

경과보험료를 지급합니다.

- ④ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 보장개시일을 적용합니다.

제13조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제37조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「암」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」 이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제14조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 6-22. 갱신형 유사암주요치료비(진단후10년,연간1회한)보장 특별약관,
갱신형 유사암주요치료비(진단후10년,연간1회한)(태아보장)보장 특별약관

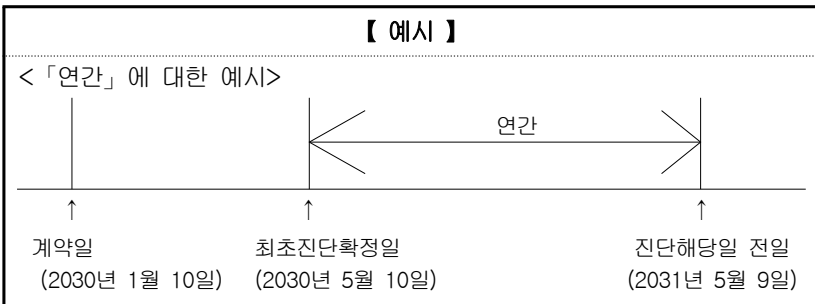
- ※ 갱신형 유사암주요치료비(진단후10년,연간1회한)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에만 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 최초 진단 확정되고, 「보험금 지급 대상기간」 이내에 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 암주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 연간 1회에 한하여 유사암주요치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액
유사암주요치료비 (진단후10년,연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 10회 지급)

- ② 제1항의 유사암주요치료는 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」(최초 진단과 상이한 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.
- ③ 제1항의 「보험금 지급 대상기간」이라 함은 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며, 암주요치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.
- ④ 제1항의 연간이라 함은 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」 최초 진단 확정일부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 진단해당일 의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단해당일로 합니다.



【 유사암주요치료비(진단후10년,연간1회한) 지급예시 】

- * 보험가입금액 100만원 기준
- * 계약일 : 2030년 7월 1일
- * 기타피부암(C44) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일
- * 갑상선암(C73) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일

진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
항암약물치료 (2031.10.1.) 암수술 (2031.8.1.)	암주요치료 미시행	암수술 (2036.12.1.) 항암방사선치료 (2036.9.1.)	암주요치료 미시행	항암약물치료 (2039.8.1.)	항암약물치료 (2040.11.1.)
2031년 1월1일	2032년 1월1일	2036년 1월1일	2037년 1월1일	2039년 1월1일	2040년 1월1일

구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
보험금	100만원	지급 대상 아님	100만원	지급 대상 아님	100만원	100만원

※ 2031년 1월1일 기타피부암(C44) 최초진단 이후 기타피부암(C44)이외의 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상기간은 2031년 1월 1일로부터 10년입니다.

※ 2031년 1월1일 기타피부암(C44) 최초진단 이후 기타피부암(C44)이외의 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양을 최초 진단받더라도 암 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

「경계성종양」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표16】『제자리신생물 분류표』참조)을 말합니다.
- ④ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표17】『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』참조)을 말합니다.
- ⑤ 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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 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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(암주요치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「암주요치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.
1. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받은 경우
 2. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 「항암방사선치료」 또는 「항암약물치료」를 받은 경우를 받은 경우
- ② 「암주요치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
1. 식이요법, 명상요법 등 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 인

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

4. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

5. 제1호 내지 제4호 이외의 「암주요치료」와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

- ③ 제2항에도 불구하고 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 호스피스완화의료 치료는 「암주요치료」로 봅니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 「수술」은 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외합니다.
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치

3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)는 제외합니다.

제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제9조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「9-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제10조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제37조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」 이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 6-23. 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(종합병원,진단후10년,연간1회한)보장 특별약관,
갱신형 암주요치료비(유사암제외)(종합병원,진단후10년,연간1회한)(태아보장)보장 특별약관

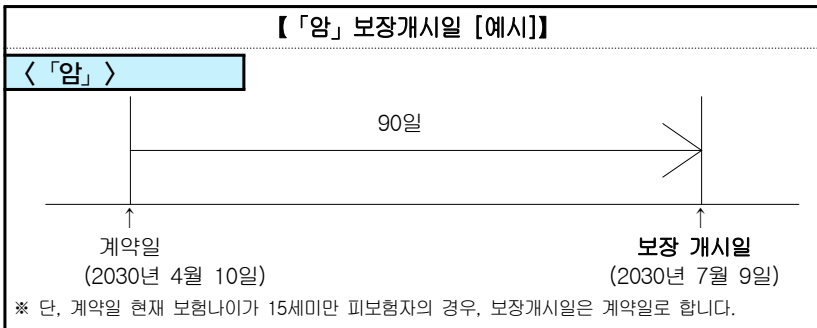
※ 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(종합병원,진단후10년,연간1회한)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전 자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후 「암」으로 최초 진단 확정되고, 「보험금 지급 대상기간」 이내에 「암」으로 종합병원에서 암주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 연간 1회에 한하여 아래에서 정한 금액을 암주요치료비(유사암제외)(종합병원)로 보험수익자에게 지급합니다.

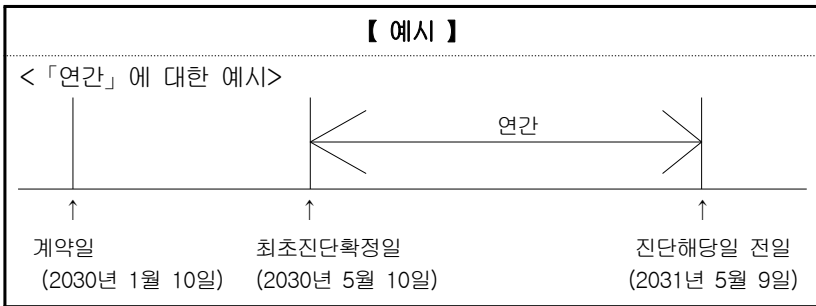
구 분	지급금액
암주요치료비(유사암제외) (종합병원,진단후10년,연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 10회 지급)

- ② 위 제1항의 암주요치료는 「암」(최초 진단과 상이한 「암」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.
- ③ 제1항의 「보장개시일」은 이 특별약관의 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 최초계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다.그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 보장개시일은 보험계약일로 합니다.



▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험²⁵⁰⁴ 약관

- ④ 제3항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.
- ⑤ 제1항의 「보험금 지급 대상기간」 이라 함은 「암」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며, 암주요치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.
- ⑥ 제1항의 연간이라 함은 「암」 최초 진단 확정일부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 진단해당일 의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단해당일로 합니다.



【 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(종합병원,진단후10년,연간1회한) 지급에서 】

- * 보험가입금액 1,000만원 기준
- * 계약일 : 2030년 7월 1일
- * 소장암(C17) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일
- * 식도암(C15) 최초진단 확정일 : 2034년 10월 1일

진단후 1차년도	진단후 2차년도	...	진단후 6차년도	...	진단후 9차년도	진단후 10차년도
항암약물치료 (2031.10.1.)			암수술 (2036.12.1.)		항암약물치료 (2039.8.1)	항암약물치료 (2040.11.1)
암수술 (2031.8.1.)			항암방사선치료 (2036.9.1.)			
↓	↓		↓	↓	↓	↓
2031년 1월1일	2032년 1월1일	2033년 1월1일	2036년 1월1일	2037년 1월1일	2039년 1월1일	2040년 1월1일
						2041년 1월1일

구 분	진단후 1차년도	진단후 2차년도	...	진단후 6차년도	...	진단후 9차년도	진단후 10차년도
보험금	1,000만원	-		1,000만원		1,000만원	1,000만원

※ 2031년 1월1일 소장암(C17) 최초진단 이후 소장암(C17)이외의 암(유사암제외)을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상기간은 2031년 1월1일로부터 10년입니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 「암」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을

경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서 「기타피부암」 및 「갑상선암」을 제외한 질병(【별표14】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ④ 「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때'에서】

- 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

- ⑤ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부

위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(암주요치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「암주요치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.
 1. 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받은 경우
 2. 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「항암방사선치료」 또는 「항암약물치료」를 받은 경우
- ② 「암주요치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
 1. 식이요법, 명상요법 등 「암」의 제거 또는 「암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 「암」이나 「암」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 제1호 내지 제3호 이외의 「암주요치료」와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)
- ③ 제 2항에도 불구하고 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 호스피스완화의료 치료는 「암주요치료」로 봅니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술은 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외합니다.
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)는 제외합니다.

제8조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 의료법 및 관련 법령이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

【 의료법 제3조의3(종합병원) 】

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
 - 1. 100개 이상의 병상을 갖추는 것
 - 2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 - 3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
- ② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 “필수진료과목”이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제10조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「9-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제11조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과 되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제12조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「암」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제13조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 보장개시일을 적용합니다.

제14조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제37조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「암」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」 이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출 방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제15조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 6-24. 갱신형 유사암주요치료비(종합병원,진단후10년,연간1회한)보장 특별약관,
갱신형 유사암주요치료비(종합병원,진단후10년,연간1회한)(태아보장)보장 특별약관

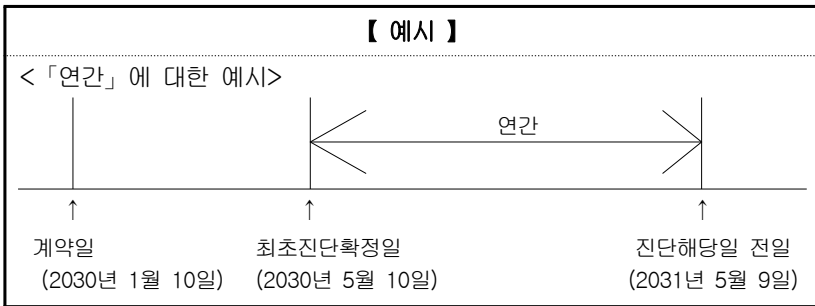
※ 갱신형 유사암주요치료비(종합병원,진단후10년,연간1회한)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 최초 진단 확정되고, 「보험금 지급 대상기간」 이내에 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 종합병원에서 암주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 연간 1회에 한하여 유사암주요치료비(종합병원)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액
유사암주요치료비 (종합병원,진단후10년,연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 10회 지급)

- ② 제1항의 유사암주요치료는 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」(최초 진단과 상이한 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.
- ③ 제1항의 「보험금 지급 대상기간」이라 함은 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며, 암주요치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.
- ④ 제1항의 연간이라 함은 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」 최초 진단 확정일부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 진단해당일 의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단해당일로 합니다.



▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

【 유사암주요치료비(종합병원,진단후10년,연간1회한) 지급예시 】

- * 보험가입금액 100만원 기준
- * 계약일 : 2030년 7월 1일
- * 기타피부암(C44) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일
- * 갑상선암(C73) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일

진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
항암약물치료 (2031.10.1.) 암수술 (2031.8.1.)	항암약물치료 (2031.10.1.) 암주요치료 미시행	암수술 (2036.12.1.) 항암방사선치료 (2036.9.1.)	항암약물치료 (2036.12.1.) 암주요치료 미시행	항암약물치료 (2039.8.1.)	항암약물치료 (2040.11.1.)
2031년 1월1일	2032년 1월1일	2036년 1월1일	2037년 1월1일	2039년 1월1일	2040년 1월1일

구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
보험금	100만원	지급 대상 아님	100만원	지급 대상 아님	100만원	100만원

- ※ 2031년 1월1일 기타피부암(C44) 최초진단 이후 기타피부암(C44)이외의 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상기간은 2031년 1월 1일로부터 10년입니다.
- ※ 2031년 1월1일 기타피부암(C44) 최초진단 이후 기타피부암(C44)이외의 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양을 최초 진단받더라도 암 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

- ② 피보험자가 보험기간 중 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표16】『제자리신생물 분류표』참조)을 말합니다.
- ④ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표17】『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』참조)을 말합니다.
- ⑤ 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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 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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(암주요치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「암주요치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.
1. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받은 경우
 2. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 「항암방사선치료」 또는 「항암약물치료」를 받은 경우를 받은 경우

- ② 「암주요치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
1. 식이요법, 명상요법 등 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 5. 제1호 내지 제4호 이외의 「암주요치료」와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)
- ③ 제2항에도 불구하고 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 호스피스완화의료 치료는 「암주요치료」로 봅니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 「수술」은 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외합니다.

⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없

는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)는 제외합니다.

제8조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 의료법 및 관련 법령이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

【 의료법 제3조의3(종합병원) 】

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
 1. 100개 이상의 병상을 갖추는 것
 2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
- ② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 “필수진료과목”이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제10조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「9-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제11조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제12조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제37조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」 이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 6-25. 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원, 진단후10년, 연간1회한)보장 특별약관,
갱신형 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원, 진단후10년, 연간1회한)(태아보장)보장 특별약관

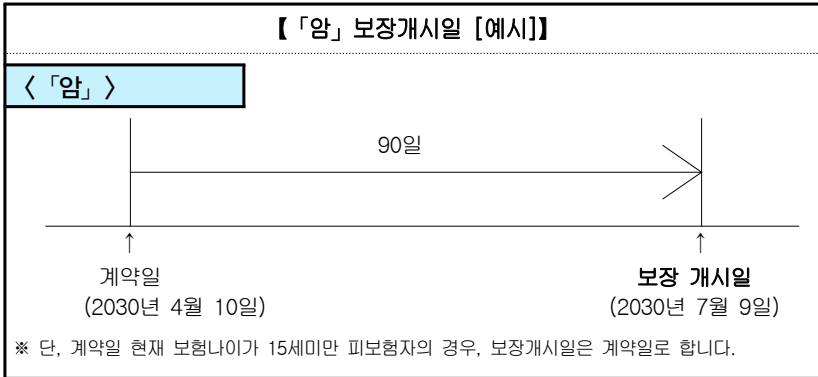
- ※ 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원, 진단후10년, 연간1회한)
(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출
생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

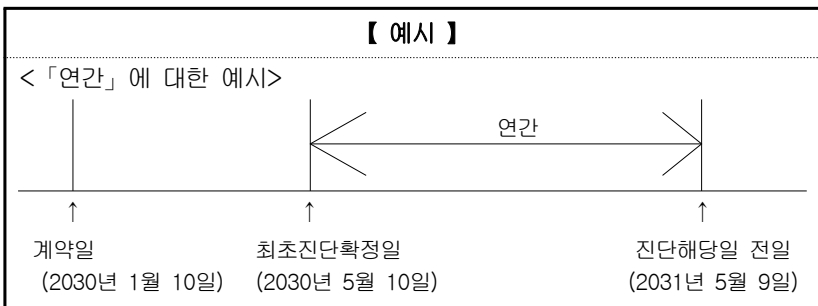
- ① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후 「암」으로 최
초 진단 확정되고, 「보험금 지급 대상기간」 이내에 「암」으로 상급종합
병원에서 암주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경
우 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 연간 1회에 한하여 아래에서 정
한 금액을 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원)로 보험수익자에게 지
급합니다.

구 분	지급금액
암주요치료비(유사암제외) (상급종합병원, 진단후10년, 연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 10회 지급)

- ② 위 제1항의 암주요치료는 「암」(최초 진단과 상이한 「암」도 포함합니
다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.
- ③ 제1항의 「보장개시일」은 이 특별약관의 최초계약일부터 그 날을 포함하
여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 최초계약일은 이 특별약
관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현
재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 보장개시일은 보험계약일로 합
니다.



- ④ 제3항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.
- ⑤ 제1항의 「보험금 지급 대상기간」이라 함은 「암」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며, 암주요치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.
- ⑥ 제1항의 연간이라 함은 「암」 최초 진단 확정일부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 진단해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단해당일로 합니다.



【 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원,진단후10년,연간1회한) 지급예시 】

- * 보험가입금액 1,000만원 기준
- * 계약일 : 2030년 7월 1일
- * 소장암(C17) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일
- * 식도암(C15) 최초진단 확정일 : 2034년 10월 1일

진단후 1차년도	진단후 2차년도	...	진단후 6차년도	...	진단후 9차년도	진단후 10차년도
항암약물치료 (2031.10.1.)			암수술 (2036.12.1.)		항암약물치료 (2039.8.1)	항암약물치료 (2040.11.1)
암수술 (2031.8.1.)			항암방사선치료 (2036.9.1.)			
↓	↓		↓	↓	↓	↓
2031년 1월1일	2032년 1월1일	2033년 1월1일	2036년 1월1일	2037년 1월1일	2039년 1월1일	2040년 1월1일
				2041년 1월1일		

구 분	진단후 1차년도	진단후 2차년도	...	진단후 6차년도	...	진단후 9차년도	진단후 10차년도
보험금	1,000만원	-		1,000만원		1,000만원	1,000만원

※ 2031년 1월1일 소장암(C17) 최초진단 이후 소장암(C17)이외의 암(유사암제외)을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상기간은 2031년 1월1일로부터 10년입니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따라 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 「암」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서 「기타피부암」 및 「갑상선암」을 제외한 질병(【별표14】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ④ 「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【‘상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때’에서】

- 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

- ⑤ 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. 다만, 이 경우에

도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(암주요치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「암주요치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.
 1. 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받은 경우
 2. 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「항암방사선치료」 또는 「항암약물치료」를 받은 경우
- ② 「암주요치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
 1. 식이요법, 명상요법 등 「암」의 제거 또는 「암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 「암」이나 「암」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 제1호 내지 제3호 이외의 「암주요치료」와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)
- ③ 제 2항에도 불구하고 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 호스피스완화의료 치료는 「암주요치료」로 봅니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.

- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술은 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외합니다.
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)는 제외합니다.

제8조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에 있어서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의 4(상급종합병원의 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 의료법 및 관련 법령이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

【 의료법 제3조의4(상급종합병원의 지정) 】

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
 1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추어
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제10조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「9-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제11조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제12조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「암」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제13조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 보장개시일을 적용합니다.

제14조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제37조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「암」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」 이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제15조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 6-26. 갱신형 유사암주요치료비(상급종합병원,진단후10년,연간1회한)보장 특별약관,
 갱신형 유사암주요치료비(상급종합병원,진단후10년,연간1회한)(태아보장)보장 특별약관

※ 갱신형 유사암주요치료비(상급종합병원,진단후10년,연간1회한)(태아보장) 보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

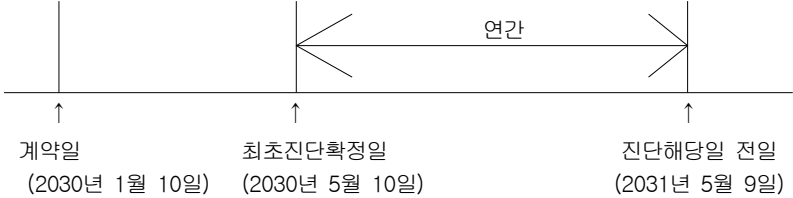
- ① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 최초 진단 확정되고, 「보험금 지급 대상기간」 이내에 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 상급종합병원에서 암주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 연간 1회에 한하여 유사암주요치료비(상급종합병원)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액
유사암주요치료비 (상급종합병원,진단후10년,연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간 1회한, 최대 10회 지급)

- ② 제1항의 유사암주요치료는 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」(최초 진단과 상이한 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.
- ③ 제1항의 「보험금 지급 대상기간」이라 함은 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며, 암주요치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.
- ④ 제1항의 연간이라 함은 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」 최초 진단 확정일부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 진단해당일 의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단해당일로 합니다.

【 예시 】

< 「연간」에 대한 예시>



【 유사암주요치료비(상급종합병원,진단후10년,연간1회환) 지급예시 】

- * 보험가입금액 100만원 기준
- * 계약일 : 2030년 7월 1일
- * 기타피부암(C44) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일
- * 갑상선암(C73) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일

진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
항암약물치료 (2031.10.1.) 암수술 (2031.8.1.)	암주요치료 미시행	암수술 (2036.12.1.) 항암방사선치료 (2036.9.1.)	암주요치료 미시행	항암약물치료 (2039.8.1.)	항암약물치료 (2040.11.1.)
2031년 1월1일	2032년 1월1일	2036년 1월1일	2037년 1월1일	2039년 1월1일	2040년 1월1일

구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
보험금	100만원	지급 대상 아님	100만원	지급 대상 아님	100만원	100만원

- * 2031년 1월1일 기타피부암(C44) 최초진단 이후 기타피부암(C44)이외의 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상기간은 2031년 1월 1일로부터 10년입니다.
- * 2031년 1월1일 기타피부암(C44) 최초진단 이후 기타피부암(C44)이외의 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양을 최초 진단받더라도 암 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표16】『제자리신생물 분류표』참조)을 말합니다.
- ④ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표17】『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』참조)을 말합니다.
- ⑤ 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 진단 확정에는 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고

시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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 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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(암주요치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「암주요치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 다음 각 호의 사항을 말합니다.

1. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

적인 치료를 목적으로 「수술」을 받은 경우

2. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 「항암방사선치료」 또는 「항암약물치료」를 받은 경우를 받은 경우

② 「암주요치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.

1. 식이요법, 명상요법 등 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 제거 또는 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
2. 면역력 강화 치료
3. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
5. 제1호 내지 제4호 이외의 「암주요치료」와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)

③ 제2항에도 불구하고 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 호스피스완화의료 치료는 「암주요치료」로 봅니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료 기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 「수술」은 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외합니다.
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주 입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)는 제외합니다.

제8조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에 있어서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의 4(상급종합병원의 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 의료법 및 관련 법령이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

【 의료법 제3조의4(상급종합병원의 지정) 】

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
 1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제10조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「9-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제11조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제12조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제37조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」 이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 6-27. 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,치료별연간1회한)보장 특별약관,
갱신형 암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,치료별연간1회한)(태아보장)보장 특별약관

- ※ 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,치료별연간1회한)(태아보장) 보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

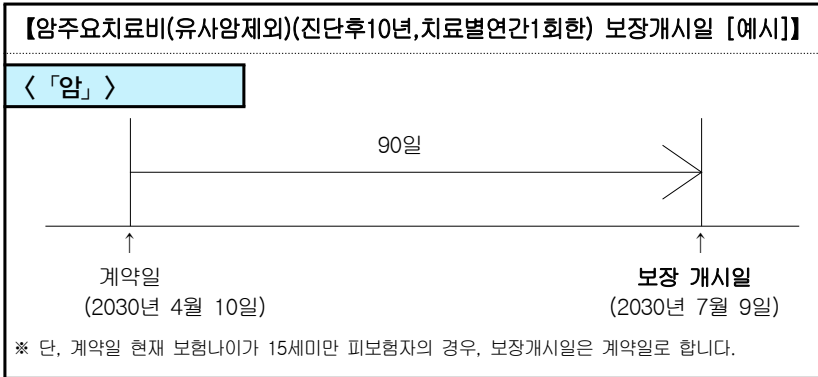
- ※ 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,치료별연간1회한)보장 특별약관은 아래 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.
- 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(암수술치료)(진단후10년,연간1회한)보장
 - 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(암특정치료)(진단후10년,연간1회한)보장

제1조(보험금의 지급사유)

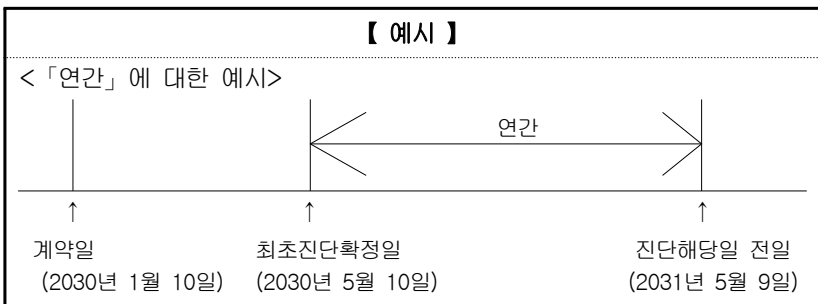
- ① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후 「암」으로 최초 진단 확정되고, 「보험금 지급 대상기간」 이내에 「암」으로 암수술치료 또는 암특정치료를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 암수술치료 또는 암특정치료 각각 연간1회에 한하여 암주요치료비(유사암제외)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액
1. 「암」으로 암수술치료시	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간1회한, 최대 10회 지급)
2. 「암」으로 암특정치료시	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간1회한, 최대 10회 지급)

- ② 제1항의 암주요치료는 「암」(최초 진단과 상이한 「암」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.
- ③ 제1항의 「보장개시일」은 이 특별약관의 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 최초계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 보장개시일은 보험계약일로 합니다.



- ④ 제3항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.
- ⑤ 제1항의 「보험금 지급 대상기간」이라 함은 「암」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며, 암주요치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.
- ⑥ 제1항의 연간이라 함은 「암」 최초 진단 확정일부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 진단해당일 의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단해당일로 합니다.



▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

【 암주요치료비(유사암제외)(진단후10년,치료별연간1회한) 지급예시 】

- * 보험가입금액 1,000만원 기준
- * 계약일 : 2030년 7월 1일
- * 소장암(C17) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일
- * 식도암(C15) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일

진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
항암약물치료 (2031.10.1.) 암수술 (2031.8.1.)	암주요치료 미시행	암수술 (2036.12.1.) 항암방사선치료 (2036.9.1.)	암주요치료 미시행	항암약물치료 (2039.8.1.)	항암약물치료 (2040.11.1.)
2031년 1월1일	2032년 1월1일	2036년 1월1일	2037년 1월1일	2039년 1월1일	2040년 1월1일

구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
암수술치료 보험금	1,000만원	지급 대상 아님	1,000만원	지급 대상 아님	지급 대상 아님	지급 대상 아님
암특정치료 보험금	1,000만원	지급 대상 아님	1,000만원	지급 대상 아님	1,000만원	1,000만원

※ 2031년 1월1일 소장암(C17) 최초진단 이후 소장암(C17)이외의 암(유사암제외)을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상기간은 2031년 1월1일로부터 10년입니다.

※ 2031년 1월1일 소장암(C17) 최초진단 이후 소장암(C17)이외의 암(유사암제외)을 최초 진단받더라도 암 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

- ② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 「암」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서 「기타피부암」 및 「갑상선암」을 제외한 질병(【별표14】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ④ 「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때】에서】

- 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

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ⑤ 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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(암수술치료 및 암특정치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「암수술치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받은 경우를 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「암특정치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「항암방사선치료」 또는 「항암약물치료」를 받은 경우를 말합니다.
- ③ 「암수술치료」 및 「암특정치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
1. 식이요법, 명상요법 등 「암」의 제거 또는 「암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료

3. 「암」이나 「암」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
4. 제1호 내지 제3호 이외의 「암수술치료」 또는 「암특정치료」와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)
- ④ 제3항에도 불구하고 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 호스피스완화의료 치료는 「암특정치료」로 봅니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술은 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외합니다.
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
 - 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
 - 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
 - 기타 이와 유사한 시술
- ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)는 제외합니다.

제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제9조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「9-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따

라 갱신됩니다.

제10조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제11조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「암」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제12조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 보장개시일을 적용합니다.

제13조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제37조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「암」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」 이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출 방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제14조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 6-28. 갱신형 유사암주요치료비(진단후10년,치료별연간1회한)보장 특별약관,
갱신형 유사암주요치료비(진단후10년,치료별연간1회한)(태아보장)보장 특별약관

※ 갱신형 유사암주요치료비(진단후10년,치료별연간1회한)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

※ 갱신형 유사암주요치료비(진단후10년,치료별연간1회한)보장 특별약관은 아래 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 갱신형 유사암주요치료비(암수술치료)(진단후10년,연간1회한)보장
- 갱신형 유사암주요치료비(암특정치료)(진단후10년,연간1회한)보장

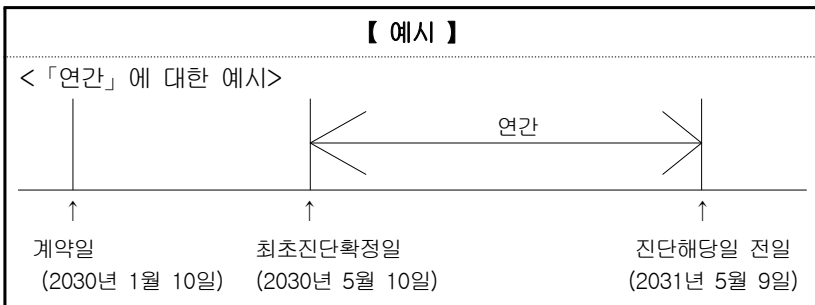
제1조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「기타피부암」, 「갑상선암」,

「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 최초 진단 확정되고, 「보험금 지급 대상기간」 이내에 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 암수술치료 또는 암특정치료를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 암수술치료 또는 암특정치료 각각 연간1회에 한하여 유사암주요치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액
1. 「유사암」으로 암수술치료시	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간1회한, 최대 10회 지급)
2. 「유사암」으로 암특정치료시	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간1회한, 최대 10회 지급)

- ② 제1항의 유사암주요치료는 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」(최초 진단과 상이한 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.
- ③ 제1항의 「보험금 지급 대상기간」이라 함은 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며, 암주요치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.
- ④ 제1항의 연간이라 함은 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」 최초 진단 확정일부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 진단해당일 의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단해당일로 합니다.



▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

【 유사암주요치료비(진단후10년,치료별연간1회한) 지급에서 】

- * 보험가입금액 100만원 기준
- * 계약일 : 2030년 7월 1일
- * 기타피부암(C44) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일
- * 갑상선암(C73) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일

진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
항암약물치료 (2031.10.1.) 암수술 (2031.8.1.)	항암요치료 미시행	암수술 (2036.12.1.) 항암방사선치료 (2036.9.1.)	항암요치료 미시행	항암약물치료 (2039.8.1.)	항암약물치료 (2040.11.1.)
2031년 1월1일	2032년 1월1일	2036년 1월1일	2037년 1월1일	2039년 1월1일	2040년 1월1일

구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
암수술치료 보험금	100만원	지급 대상 아님	100만원	지급 대상 아님	지급 대상 아님	지급 대상 아님
암특정치료 보험금	100만원	지급 대상 아님	100만원	지급 대상 아님	100만원	100만원

- ※ 2031년 1월1일 기타피부암(C44) 최초진단 이후 기타피부암(C44)이외의 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상기간은 2031년 1월 1일로부터 10년입니다.
- ※ 2031년 1월1일 기타피부암(C44) 최초진단 이후 기타피부암(C44)이외의 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양을 최초 진단받더라도 암 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규

정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

- ② 피보험자가 보험기간 중 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표16】『제자리신생물 분류표』참조)을 말합니다.
- ④ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표17】『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』참조)을 말합니다.
- ⑤ 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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 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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(암수술치료 및 암특정치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「암수술치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받은 경우를 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「암특정치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「항암방사선치료」 또는 「항암약물치료」를 받은 경우를 말합니다.

- ③ 「암수술치료」 및 「암특정치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
1. 식이요법, 명상요법 등 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 제거 또는 증식 억제에 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 5. 제1호 내지 제4호 이외의 「암수술치료」 또는 「암특정치료」와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)
- ④ 제3항에도 불구하고 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 호스피스완화의료 치료는 「암특정치료」로 봅니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료 기관에서 행한 것에 한합니다.

- ④ 제1항의 「수술」은 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외합니다.
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요

법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)는 제외합니다.

제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제9조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「9-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제10조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제37조(해약환급금)을 따릅니다. 단,

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」 이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적합한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 6-29. 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(종합병원,진단후10년,치료별연간1회한)보장 특별약관,
갱신형 암주요치료비(유사암제외)(종합병원,진단후10년,치료별연간1회한)(태아보장)보장 특별약관

※ 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(종합병원,진단후10년,치료별연간1회한)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

※ 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(종합병원,진단후10년,치료별연간1회한)보장 특별약관은 아래 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

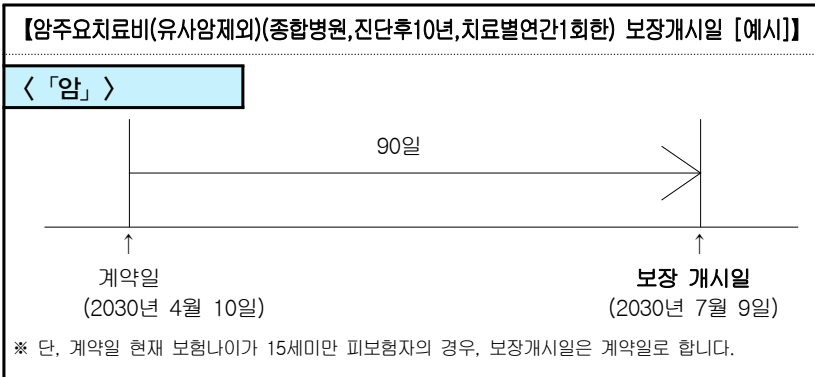
- 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(암수술치료)(종합병원,진단후10년,연간1회한)보장
- 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(암특정치료)(종합병원,진단후10년,연간1회한)보장

제1조(보험금의 지급사유)

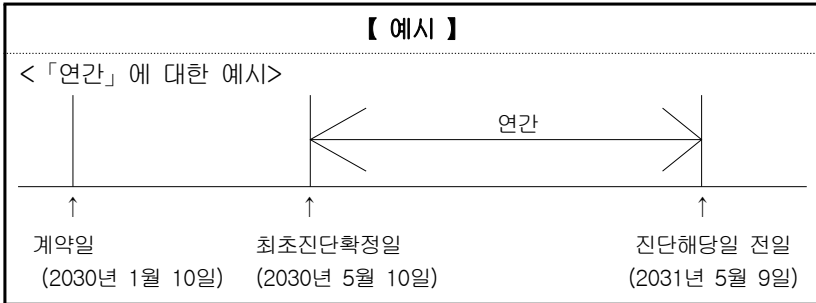
① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후 「암」으로 최초 진단 확정되고, 「보험금 지급 대상기간」 이내에 「암」으로 종합병원에서 암수술치료 또는 암특정치료를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 암수술치료 또는 암특정치료 각각 연간1회에 한하여 암주요치료비(유사암제외)(종합병원)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액
1. 「암」으로 종합병원에서 암수술치료시	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간1회한, 최대 10회 지급)
2. 「암」으로 종합병원에서 암특정치료시	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간1회한, 최대 10회 지급)

- ② 제1항의 암주요치료는 「암」(최초 진단과 상이한 「암」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.
- ③ 제1항의 「보장개시일」은 이 특별약관의 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 최초계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 보장개시일은 보험계약일로 합니다.



- ④ 제3항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.
- ⑤ 제1항의 「보험금 지급 대상기간」이라 함은 「암」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며, 암주요치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.
- ⑥ 제1항의 연간이라 함은 「암」 최초 진단 확정일부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 진단해당일 의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단해당일로 합니다.



【 암주요치료비(유사암제외)(종합병원,진단후10년,치료별연간1회한) 지급예시 】

* 보험가입금액 1,000만원 기준
 * 계약일 : 2030년 7월 1일
 * 소장암(C17) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일
 * 식도암(C15) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일

진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
항암약물치료 (2031.10.1.) 암수술 (2031.8.1.)	암주요치료 미시행	암수술 (2036.12.1.) 항암방사선치료 (2036.9.1.)	암주요치료 미시행	항암약물치료 (2039.8.1)	항암약물치료 (2040.11.1)
2031년 1월1일	2032년 1월1일	2036년 1월1일	2037년 1월1일	2039년 1월1일	2040년 1월1일

구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
암수술치료 보험금	1,000만원	지급 대상 아님	1,000만원	지급 대상 아님	지급 대상 아님	지급 대상 아님
암특정치료 보험금	1,000만원	지급 대상 아님	1,000만원	지급 대상 아님	1,000만원	1,000만원

※ 2031년 1월1일 소장암(C17) 최초진단 이후 소장암(C17)이외의 암(유사암제외)을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상기간은 2031년 1월1일로부터 10년입니다.
 ※ 2031년 1월1일 소장암(C17) 최초진단 이후 소장암(C17)이외의 암(유사암제외)을 최초 진단받더라도 암 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 「암」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서 「기타피부암」 및 「갑상선암」을 제외한 질병(【별표14】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ④ 「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【‘상기에 의한 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

- ⑤ 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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(암수술치료 및 암특정치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「암수술치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받은 경우를 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「암특정치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「항암방사선치료」 또는 「항암약물치료」를 받은 경우를 말합니다.

- ③ 「암수술치료」 및 「암특정치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
1. 식이요법, 명상요법 등 「암」의 제거 또는 「암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 「암」이나 「암」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 제1호 내지 제3호 이외의 「암수술치료」 또는 「암특정치료」와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)
- ④ 제3항에도 불구하고 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 호스피스완화의료 치료는 「암특정치료」로 봅니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술은 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외합니다.
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)는 제외합니다.

제8조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 의료법 및 관련 법령이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

【 의료법 제3조의3(종합병원) 】

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
 1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
 2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
- ② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 “필수진료과목”이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제10조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「9-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제11조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제12조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「암」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제13조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활

(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 보장개시일을 적용합니다.

제14조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제37조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「암」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」 이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출 방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제15조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 6-30. 갱신형 유사암주요치료비(종합병원, 진단후10년, 치료별연간1회한)보장 특별약관,
갱신형 유사암주요치료비(종합병원, 진단후10년, 치료별연간1회한)(태아보장)보장 특별약관

※ 갱신형 유사암주요치료비(종합병원, 진단후10년, 치료별연간1회한)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전 자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

※ 갱신형 유사암주요치료비(종합병원, 진단후10년, 치료별연간1회한)보장 특별약관은 아래 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 갱신형 유사암주요치료비(암수술치료)(종합병원, 진단후10년, 연간1회한)보장
- 갱신형 유사암주요치료비(암특정치료)(종합병원, 진단후10년, 연간1회한)보장

제1조(보험금의 지급사유)

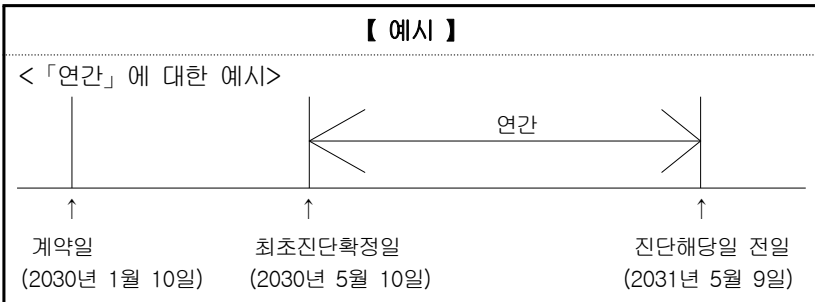
- ① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 최초 진단 확정되고, 「보험금 지급 대상기간」 이내에 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 종합병원에서 암수술치료 또는 암특정치료를 받은 경우 아

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험²⁵⁰⁴ 약관

래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 암수술치료 또는 암특정치료 각각 연간1회에 한하여 유사암주요치료비(종합병원)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액
1. 「유사암」으로 종합병원에서 암수술치료시	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간1회한, 최대 10회 지급)
2. 「유사암」으로 종합병원에서 암특정치료시	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간1회한, 최대 10회 지급)

- ② 제1항의 유사암주요치료는 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」(최초 진단과 상이한 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.
- ③ 제1항의 「보험금 지급 대상기간」이라 함은 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며, 암주요치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.
- ④ 제1항의 연간이라 함은 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」 최초 진단 확정일부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 진단해당일 의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단해당일로 합니다.



【 유사암주요치료비(종합병원,진단후10년,치료별연간1회한) 지급예시 】

- * 보험가입금액 100만원 기준
- * 계약일 : 2030년 7월 1일
- * 기타피부암(C44) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일
- * 갑상선암(C73) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일

진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
항암약물치료 (2031.10.1.) 암수술 (2031.8.1.)	암주요치료 미시행	암수술 (2036.12.1.) 항암방사선치료 (2036.9.1.)	암주요치료 미시행	항암약물치료 (2039.8.1.)	항암약물치료 (2040.11.1.)
2031년 1월1일	2032년 1월1일	2036년 1월1일	2037년 1월1일	2039년 1월1일	2040년 1월1일

구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
암수술치료 보험금	100만원	지급 대상 아님	100만원	지급 대상 아님	지급 대상 아님	지급 대상 아님
암특정치료 보험금	100만원	지급 대상 아님	100만원	지급 대상 아님	100만원	100만원

※ 2031년 1월1일 기타피부암(C44) 최초진단 이후 기타피부암(C44)이외의 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상기간은 2031년 1월 1일로부터 10년입니다.

※ 2031년 1월1일 기타피부암(C44) 최초진단 이후 기타피부암(C44)이외의 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양을 최초 진단받더라도 암 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

- ② 피보험자가 보험기간 중 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표16】『제자리신생물 분류표』참조)을 말합니다.
- ④ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표17】『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』참조)을 말합니다.
- ⑤ 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 진단 확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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 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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(암수술치료 및 암특정치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「암수술치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받은 경우를 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「암특정치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「항암방사선치료」 또는 「항암약물치료」를 받은 경우를 말합니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ③ 「암수술치료」 및 「암특정치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
1. 식이요법, 명상요법 등 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 제거 또는 증식 억제에 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 5. 제1호 내지 제4호 이외의 「암수술치료」 또는 「암특정치료」와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)
- ④ 제3항에도 불구하고 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 호스피스완화의료 치료는 「암특정치료」로 봅니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)

제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료 기관에서 행한 것에 한합니다.

- ④ 제1항의 「수술」은 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외합니다.
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)는 제외합니다.

제8조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다. 의료법 및 관련 법령이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

【 의료법 제3조의3(종합병원) 】

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
 1. 100개 이상의 병상을 갖추는 것
 2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
- ② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 “필수진료과목”이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제10조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「9-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제11조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제12조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제37조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」 이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 6-31. 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원,진단후10년,치료별연간1회한)보장 특별약관,
 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원,진단후10년,치료별연간1회한)(태아보장)보장 특별약관

※ 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원,진단후10년,치료별연간1회한)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

※ 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원,진단후10년,치료별연간1회한)보장 특별
 약관은 아래 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

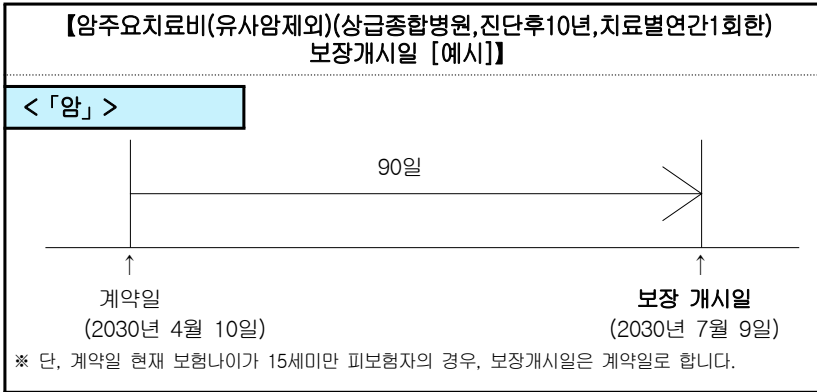
- 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(암수술치료)(상급종합병원,진단후10년,연간1회한)보장
- 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(암특정치료)(상급종합병원,진단후10년,연간1회한)보장

제1조(보험금의 지급사유)

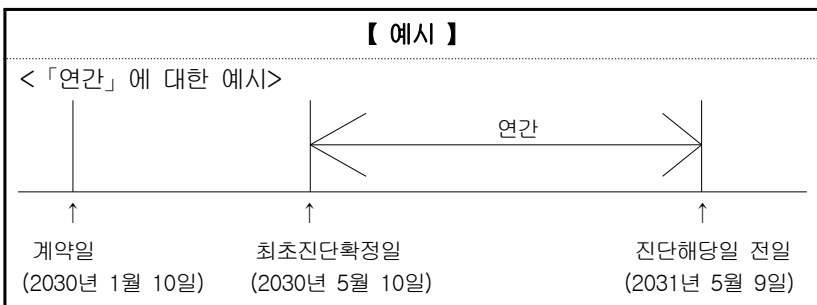
- ① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 보장개시일 이후 「암」으로 최초 진단 확정되고, 「보험금 지급 대상기간」 이내에 「암」으로 상급종합병원에서 암수술치료 또는 암특정치료를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 암수술치료 또는 암특정치료 각각 연간1회에 한하여 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원)로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분	지급금액
1. 「암」으로 상급종합병원에서 암수술치료시	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간1회한, 최대 10회 지급)
2. 「암」으로 상급종합병원에서 암특정치료시	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간1회한, 최대 10회 지급)

- ② 위 제1항의 암주요치료는 「암」(최초 진단과 상이한 「암」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.
- ③ 제1항의 「보장개시일」은 이 특별약관의 최초계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 최초계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다.그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 보장개시일은 보험계약일로 합니다.



- ④ 제3항에도 불구하고 갱신계약의 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.
- ⑤ 제1항의 「보험금 지급 대상기간」 이라 함은 「암」 의 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며, 암주요치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.
- ⑥ 제1항의 연간이라 함은 「암」 최초 진단 확정일부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 진단해당일 의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단해당일로 합니다.



【 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원,진단후10년,치료별연간1회한) 지급예시 】

- * 보험가입금액 1,000만원 기준
- * 계약일 : 2030년 7월 1일
- * 소장암(C17) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일
- * 식도암(C15) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일

진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
항암약물치료 (2031.10.1.) 암수술 (2031.8.1.)	암주요치료 미시행	암수술 (2036.12.1.) 항암방사선치료 (2036.9.1.)	암주요치료 미시행	항암약물치료 (2039.8.1.)	항암약물치료 (2040.11.1.)
2031년 1월1일	2032년 1월1일	2036년 1월1일	2037년 1월1일	2039년 1월1일	2040년 1월1일

구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
암수술치료 보험금	1,000만원	지급 대상 아님	1,000만원	지급 대상 아님	지급 대상 아님	지급 대상 아님
암특정치료 보험금	1,000만원	지급 대상 아님	1,000만원	지급 대상 아님	1,000만원	1,000만원

※ 2031년 1월1일 소장암(C17) 최초진단 이후 소장암(C17)이외의 암(유사암제외)을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상기간은 2031년 1월1일로부터 10년입니다.

※ 2031년 1월1일 소장암(C17) 최초진단 이후 소장암(C17)이외의 암(유사암제외)을 최초 진단받더라도 암 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

- ② 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 「암」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서 「기타피부암」 및 「갑상선암」을 제외한 질병(【별표14】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)로 분류되는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ④ 「암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때】에서】

- 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

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ⑤ 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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(암수술치료 및 암특정치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「암수술치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받은 경우를 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「암특정치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「항암방사선치료」 또는 「항암약물치료」를 받은 경우를 말합니다.
- ③ 「암수술치료」 및 「암특정치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
1. 식이요법, 명상요법 등 「암」의 제거 또는 「암」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 「암」이나 「암」 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

4. 제1호 내지 제3호 이외의 「암수술치료」 또는 「암특정치료」와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)
- ④ 제3항에도 불구하고 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 호스피스완화의료 치료는 「암특정치료」로 봅니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술은 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외합니다.
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
 - 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
 - IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
 - 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
 - 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
 - 기타 이와 유사한 시술
- ※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료(암노바, 헬릭소, 셀레나제 등)는 제외합니다.

제8조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에 있어서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의 4(상급종합병원의 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 의료법 및 관련 법령이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

【 의료법 제3조의4(상급종합병원의 지정) 】

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
 1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추는 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제10조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「9-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제11조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제3항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제12조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「암」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제13조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))를 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제3항의 보장개시일을 적용합니다.

제14조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제37조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「암」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」 이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출 방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제15조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 6-32. 갱신형 유사암주요치료비(상급종합병원,진단후10년,치료별연간1회한)보장 특별약관,
 갱신형 유사암주요치료비(상급종합병원,진단후10년,치료별연간1회한)(태아보장)보장 특별약관

※ 갱신형 유사암주요치료비(상급종합병원,진단후10년,치료별연간1회한)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생 전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

※ 갱신형 유사암주요치료비(상급종합병원,진단후10년,치료별연간1회한)보장 특별약관은 아래 2개의 세부보장으로 구성되어 있습니다.

- 갱신형 유사암주요치료비(암수술치료)(상급종합병원,진단후10년,연간1회한)보장
- 갱신형 유사암주요치료비(암특정치료)(상급종합병원,진단후10년,연간1회한)보장

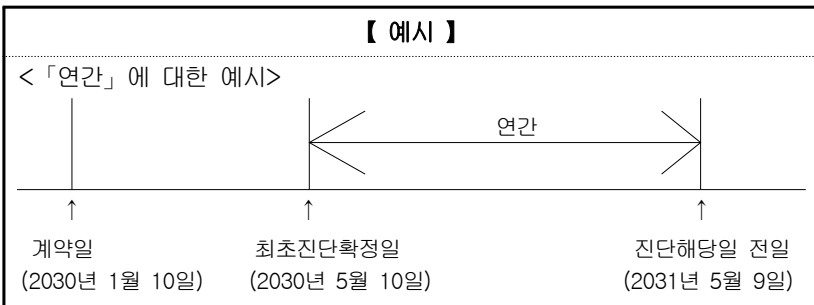
제1조(보험금의 지급사유)

① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 최초 진단 확정되고, 「보험금 지급 대상기간」 이내에 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 상급종합병원에서 암수술치료 또는 암특정치료를 받은 경우 아래에서 정한 금액을 최초 진단확정일로부터 최대 10년간 암수술치료 또는 암특정치료 각각 연간1회에 한하여 유사암주요치료비(상급종합병원)로 보험수익자에게 지급합니다.

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

구 분	지급금액
1. 「유사암」으로 상급종합병원에서 암수술치료시	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간회한, 최대 10회 지급)
2. 「유사암」으로 상급종합병원에서 암특정치료시	이 특별약관 보험가입금액의 100% (연간회한, 최대 10회 지급)

- ② 제1항의 유사암주요치료는 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」(최초 진단과 상이한 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」도 포함합니다)을 치료하기 위한 진료행위를 말합니다.
- ③ 제1항의 「보험금 지급 대상기간」이라 함은 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며, 암주요치료를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.
- ④ 제1항의 연간이라 함은 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」 최초 진단 확정일부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 진단해당일 의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당연월에 진단해당일이 없는 경우에는 해당연월의 말일을 진단해당일로 합니다.



【 유사암주요치료비(상급종합병원,진단후10년,치료별연간1회한) 지급예시 】

- * 보험가입금액 100만원 기준
- * 계약일 : 2030년 7월 1일
- * 기타피부암(C44) 최초진단 확정일 : 2031년 1월 1일
- * 갑상선암(C73) 최초진단 확정일 : 2036년 1월 1일

진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
항암약물치료 (2031.10.1.) 암수술 (2031.8.1.)	항암주요치료 미시행	암수술 (2036.12.1.) 항암방사선치료 (2036.9.1.)	항암주요치료 미시행	항암약물치료 (2039.8.1.)	항암약물치료 (2040.11.1.)
2031년 1월1일	2032년 1월1일	2036년 1월1일	2037년 1월1일	2039년 1월1일	2040년 1월1일

구 분	진단후 1차년도	진단후 2~5차년도	진단후 6차년도	진단후 7~8차년도	진단후 9차년도	진단후 10차년도
암수술치료 보험금	100만원	지급 대상 아님	100만원	지급 대상 아님	지급 대상 아님	지급 대상 아님
암특정치료 보험금	100만원	지급 대상 아님	100만원	지급 대상 아님	100만원	100만원

※ 2031년 1월1일 기타피부암(C44) 최초진단 이후 기타피부암(C44)이외의 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양을 최초 진단받더라도 보험금 지급대상기간은 2031년 1월 1일로부터 10년입니다.

※ 2031년 1월1일 기타피부암(C44) 최초진단 이후 기타피부암(C44)이외의 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양을 최초 진단받더라도 암 별로 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

- ② 피보험자가 보험기간 중 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 최초 진단확정 후 보험기간이 만료되더라도 「보험금 지급 대상기간」이 만료되지 않았을 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보장합니다.

제3조(기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「제자리암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표16】『제자리신생물 분류표』참조)을 말합니다.
- ④ 이 특별약관에서 「경계성종양」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병(【별표17】『행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표』참조)을 말합니다.
- ⑤ 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 진단 확정에는 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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 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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(암수술치료 및 암특정치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「암수술치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술」을 받은 경우를 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「암특정치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상학적으로 통용되는 치료로서 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 「항암방사선치료」 또는 「항암약물치료」를 받은 경우를 말합니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ③ 「암수술치료」 및 「암특정치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
1. 식이요법, 명상요법 등 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 제거 또는 증식 억제에 위하여 의학적으로 안정성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」의 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 5. 제1호 내지 제4호 이외의 「암수술치료」 또는 「암특정치료」와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)
- ④ 제3항에도 불구하고 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 호스피스완화의료 치료는 「암특정치료」로 봅니다.

제5조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)

제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료 기관에서 행한 것에 한합니다.

- ④ 제1항의 「수술」은 「항암방사선치료」와 「항암약물치료」는 제외합니다.
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간관 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제6조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리 방사선(ionizing radiation)을 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제7조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 화학요법 또는 면역요

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험²⁵⁰⁴ 약관

법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 대체약물치료(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)는 제외합니다.

제8조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에 있어서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의 4(상급종합병원의 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다. 의료법 및 관련 법령이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

【 의료법 제3조의4(상급종합병원의 지정) 】

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
 1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추는 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제10조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「9-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제11조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제12조(특별약관의 해약환급금)

이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제37조(해약환급금)을 따릅니다. 단, 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」 또는 「경계성종양」으로 최초 진단확정을 받고 「보험금 지급 대상기간」 이내에 해지하는 경우에는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 6-33. 갱신형 표적항암약물허가치료비(최초1회한)보장 특별약관, 갱신형 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(태아보장)보장 특별약관

※ 갱신형 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 「표적항암약물허가치료」를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 표적항암약물허가치료비(최초1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 「암」에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 보험계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 보장개시일은 보험계약일로 합니다.

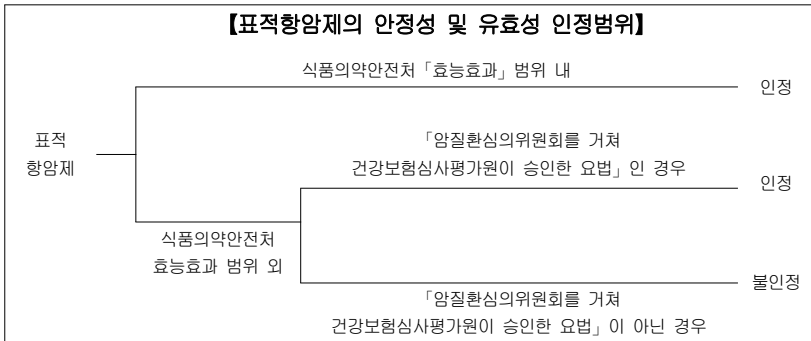
【「암」에 대한 보장개시일 [예시]】	
90일 보장 제외	보험가입금액의 100%
↑ 최초계약일 (2030년 4월 10일)	↑ 「암」 보장 개시일 (2030년 7월 9일)
※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.	

- ③ 제2항에도 불구하고 갱신계약의 경우에는 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 표적항암약물허가치료비는 표적항암제를 식

품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용 이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도변경 시)에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경 우에는 보장합니다.



- ② 제1조(보험금의 지급사유)의 「표적항암약물허가치료」를 받은 경우라 함 은 「표적항암제」를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처 방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제4조(표적항암제 및 표적항암약물허가 치료비의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경 (추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 「안전성과 유효성 인정 범위」 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

의약품 품목허가		효능효과 추가허가	
-분류번호:421(항악성종양제)		-효능효과:유방암, 위암	
-효능효과:유방암의 치료	보장 제외	의 치료	보장
2030년4월1일	2030년7월1일(처방일)	2031년4월1일	2031년7월1일(처방일)
위암진단 및 위암의 치료목적으로 1차 표적항암제 처방 및 투약 ⇒ 표적항암약물허가치료비 미해당		위암의 치료목적으로 2차 표적항암제 처방 및 투약 ⇒ 표적항암약물허가치료비 해당	

【「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(삭제) 예시 : 의약품의 ‘효능효과’ 허가 취소】		
의약품 품목허가	효능효과 허가 취소	
분류번호:421(항악성종양제)	- 효능효과:유방암의 치료	보장제외
- 효능효과:유방암, 위암의 치료	(위암의 치료 허가 취소)	
2030년4월1일	2031년1월1일	2032년4월1일(처방일)
위암진단 및 위암의 치료목적으로 1차 표적항암제 처방 및 투약 ⇒ 표적항암약물허가치료비 미해당		

- ③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서 「기타피부암」 및 「갑상선암」을 제외한 질병(【별표14】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ④ 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단 확정은 병리 또는 진단검사 의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조

직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

【유의사항】

한국표준질병사인분류 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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료비의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「표적항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 ‘421(항악성종양제)’(예규 개정예에 따라 분류번호가 변경되는 경우 ‘항악성종양제’에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제, 세포독성 항암제 및 생물학적 반응 조절제는 「표적항암제」의 범위에서 제외합니다.

【용어풀이】

- **호르몬 관련치료제**란 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.
- **세포독성 항암제**란 주로 DNA에 직접 작용하여 암세포에 대한 독성을 나타내는 약제로 DNA와 RNA의 합성과정 및 유사분열을 방해하거나, DNA 분자 자체에 해로운 영향을 미쳐서 암세포를 죽이는 약제를 말합니다.
- **생물학적 반응 조절제**란 암세포에 대한 면역 반응능력을 변화(증강)시킴으로써 암을 치료하고자 하는 방법을 말하여, 이때 면역요법제로 사용되는 약물들을 생물학적 반응 조절제라고 합니다.

【표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내】

표적항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2023년 8월 기준 표적항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 (【별표76】『특정질병 표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내』참조)에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

- ② 이 특별약관에서 「표적항암약물허가치료」라 함은 제5조(항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「표적항암제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
- ③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하여, 투약 처방시점의 기준을 적용합니다.

1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만 「암질환심의위원회」를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)」으로 사용된 경우

【용어풀이】

암질환심의위원회(중증질환심의위원회)란 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

【「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법】

- 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(<https://nedrug.mfds.go.kr>) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원(<https://www.hira.or.kr>) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제 및 요법 - 항암화학요법 - 허가초과항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량 포함)

- ④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「표적항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「표적항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장애진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 표적항암약물허가치료 증명서
 - 가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다.)
 - 1) 진단명
 - 2) 투약한 약제의 제품명
 - 3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - 4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용여부
 - 나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「9-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제9조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 표적항암약물허가치료비(최초1회한)을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 6-34. 갱신형 표적항암약물허가치료비(연간1회한)보장 특별약관, 갱신형 표적항암약물허가치료비(연간1회한)(태아보장)보장 특별약관

※ 갱신형 표적항암약물허가치료비(연간1회한)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

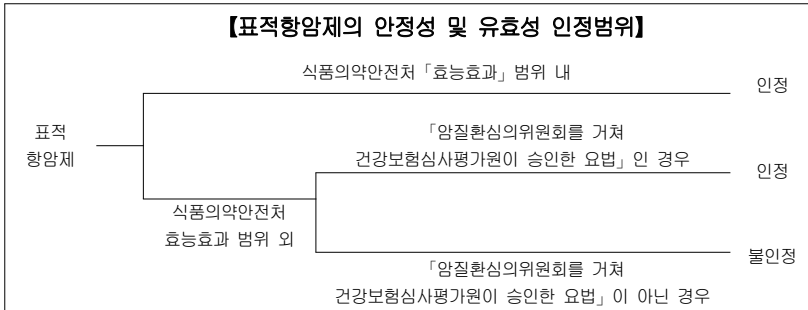
- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 「표적항암약물허가치료」를 받은 경우에는 각각 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 가입금액을 표적항암약물허가치료비(연간1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 「암」에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 보험계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 보장개시일은 보험계약일로 합니다.

【「암」에 대한 보장개시일 [예시]】	
90일 보장 제외	보험가입금액의 100%
↑ 최초계약일 (2030년 4월 10일)	↑ 「암」 보장 개시일 (2030년 7월 9일)
※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.	

- ③ 제2항에도 불구하고 갱신계약의 경우에는 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.
- ④ 제1항의 「연간」이라 함은 보험계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 표적항암약물허가치료비는 표적항암제를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.



- ② 제1조(보험금의 지급사유)의 「표적항암약물허가치료」를 받은 경우라 함은 「표적항암제」를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제4조(표적항암제 및 표적항암약물허가 치료비의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 「안전성과 유효성 인정 범위」 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

【「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(추가) 예시 : 의약품의 ‘효능효과’ 추가 허가】			
의약품 품목허가	효능효과 추가허가		
-분류번호:421(항악성종양제) -효능효과:유방암의 치료	보장 제외	-효능효과:유방암, 위암의 치료	보장
2030년4월1일	2030년7월1일(처방일)	2031년4월1일	2031년7월1일(처방일)
위암진단 및 위암의 치료목적으로 1차 표적항암제 처방 및 투약 ⇒ 표적항암약물허가치료비 미해당		위암의 치료목적으로 2차 표적항암제 처방 및 투약 ⇒ 표적항암약물허가치료비 해당	

【「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(삭제) 예시 : 의약품의 ‘효능효과’ 허가 취소】		
의약품 품목허가	효능효과 허가 취소	
- 분류번호:421(항악성종양제) - 효능효과:유방암, 위암의 치료	- 효능효과:유방암의 치료 (위암의 치료 허가 취소)	보장제외
2030년4월1일	2031년1월1일	2031년4월1일(처방일)
위암진단 및 위암의 치료목적으로 1차 표적항암제 처방 및 투약 ⇒ 표적항암약물허가치료비 미해당		

- ③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서

악성신생물(암)로 분류되는 질병에서 「기타피부암」 및 「갑상선암」을 제외한 질병(【별표14】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

- ② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ④ 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단 확정은 병리 또는 진단검사 의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

【유의사항】

한국표준질병사인분류 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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상
세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확
정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및
상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에
해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)
로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신
생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(표적항암제 및 표적항암약물허가치료비의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「표적항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품
등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 ‘421(항악성종양
제)’(예규 개정예 따라 분류번호가 변경되는 경우 ‘항악성종양제’에 준하
는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접
관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을
억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제, 세포독성 항암
제 및 생물학적 반응 조절제는 「표적항암제」의 범위에서 제외합니다.

【용어풀이】

- **호르몬 관련치료제**란 항암치료에 사용되는 호르몬제제, 암세포에 있는 호
르몬 수용체에 작용하는 약제, 암을 성장시키는데 기여하는 호르몬이 생성
되는 해당 장기에 작용하는 약제 등을 말합니다.
- **세포독성 항암제**란 주로 DNA에 직접 작용하여 암세포에 대한 독성을 나타
내는 약제로 DNA와 RNA의 합성과정 및 유사분열을 방해하거나, DNA 분
자 자체에 해로운 영향을 미쳐서 암세포를 죽이는 약제를 말합니다.
- **생물학적 반응 조절제**란 암세포에 대한 면역 반응능력을 변화(증강)시킴으
로써 암을 치료하고자 하는 방법을 말하여, 이때 면역요법제로 사용되는
약물들을 생물학적 반응 조절제라고 합니다.

【표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내】

표적항암제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2023년 8월 기준 표적항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 (【별표76】『특정질병 표적항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내』참조)에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

- ② 이 특별약관에서 「표적항암약물허가치료」라 함은 제5조(항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「표적항암제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
- ③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하여, 투약 처방시점의 기준을 적용합니다.
1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
 2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만 「암질환심의위원회」를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)」으로 사용된 경우

【용어풀이】

암질환심의위원회(중증질환심의위원회)란 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

【「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법】

- 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
 : 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(<https://nedrug.mfds.go.kr>) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인

: 건강보험심사평가원(<https://www.hira.or.kr>) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제 및 요법 - 항암화학요법 - 허가초과항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량 포함)

- ④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「표적항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「표적항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 표적항암약물허가치료 증명서
 - 가. 표적항암약물허가치료 진단서 또는 표적항암약물허가치료확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다.)
 - 1) 진단명
 - 2) 투약한 약제의 제품명

- 3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
- 4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우,
「암질환심의위원회」를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요
법」 사용여부

나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우
의사 처방전 및 약제비 계산서

4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진
이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의
인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의
병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한
것이어야 합니다.

제8조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「9-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따
라 갱신됩니다.

제9조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납
입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로
이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알
수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다
음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율
을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정
한 보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초
과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약
나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

**[1종, 2종] 6-35. 갱신형 특정면역항암약물허가치료비(최초1회한)보장 특별약관,
갱신형 특정면역항암약물허가치료비(최초1회한)(태아보장)보장 특별약관**

※ 갱신형 특정면역항암약물허가치료비(최초1회한)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에만하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2

항에서 정한 보장개시일 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 「특정면역항암약물허가치료」를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정면역항암약물허가치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

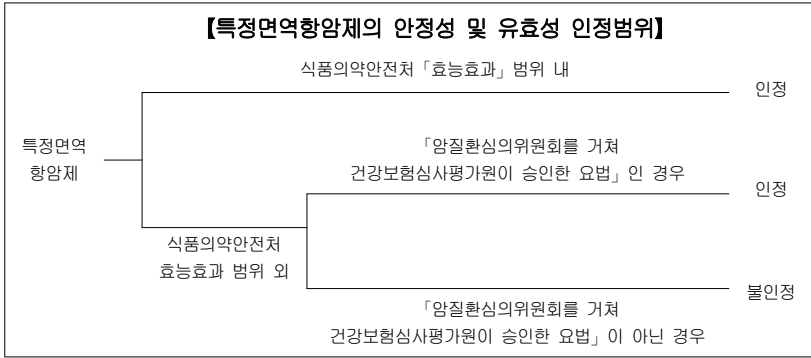
- ② 제1항의 「보장개시일」은 「암」의 경우 이 특별약관의 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 보장개시일은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 보장개시일은 보험계약일로 합니다.

【 특정면역항암약물허가치료비 보장개시일 [예시] 】	
90일 보장 제외	보험가입금액의 100%
↑ 최초계약일 (2030년 4월 10일)	↑ 「암」 보장 개시일 (2030년 7월 9일)
※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.	

- ③ 제2항에도 불구하고 갱신계약의 경우에는 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 특정면역항암약물허가치료비는 특정면역항암제를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.



- ② 제1조(보험금의 지급사유)의 「특정면역항암약물허가치료」를 받은 경우
 라 함은 「특정면역항암제」를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며,
 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제4조(특정면역항암제 및 특정면역항암약물허가치료비의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 「안전성과 유효성 인정 범위」 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

【「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(추가) 예시 : 의약품의 ‘효능효과’ 추가 허가】

의약품 품목허가		효능효과 추가허가	
-분류번호:421(항악성종양제) -효능효과:유방암의 치료	보장 제외	-효능효과:유방암, 위암의 치료	보장
2030년4월1일	2030년7월1일(처방일)	2031년4월1일	2031년7월1일(처방일)
위암진단 및 위암의 치료목적으로 1차 특정면역항암제 처방 및 투약 ⇒ 특정면역항암약물허가치료비 미해당		위암의 치료목적으로 2차 특정면역항암제 처방 및 투약 ⇒ 특정면역항암약물허가치료비 해당	

【「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(삭제) 예시 : 의약품의 ‘효능효과’ 허가 취소】		
의약품 품목허가	효능효과 허가 취소	
- 분류번호: 421(항악성종양제)	- 효능효과: 유방암의 치료	보장제외
- 효능효과: 유방암, 위암의 치료	(위암의 치료 허가 취소)	
2030년 4월 1일	2031년 1월 1일	2031년 4월 1일(처방일)
위암진단 및 위암의 치료목적으로 1차 특정면역항암제 처방 및 투약 ⇒ 특정면역항암약물허가치료비 미해당		

- ③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서 「기타피부암」 및 「갑상선암」을 제외한 질병(【별표14】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ④ 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단 확정은 병리 또는 진단검사 의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

【유의사항】

한국표준질병사인분류 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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(특정면역항암제 및 특정면역항암약물허가치료비의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「특정면역항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의

약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 ‘421(항악성 종양제)’(예규 개정예에 따라 분류번호가 변경되는 경우 ‘항악성종양제’에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제 중 아래의 3가지에 해당하는 항암치료제를 말합니다.

1. 면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)
2. 항체약물중합체 (Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제
3. 카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제

【면역관문억제제(Immune checkpoint inhibitors)】

면역관문억제제(Immune checkpoint inhibitors)란 암세포 또는 T세포의 표면에 발현되어 암세포가 면역체계의 공격을 회피하는데 이용하는 면역세포의 표면 단백질인 PD-1, PD-L1, CTLA-4 등의 면역관문(immune checkpoint)을 차단함으로써, T세포가 암세포를 파괴하도록 하는 항암치료제를 말합니다.

【항체약물중합체 (Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제】

항체약물중합체 (Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제란 항암제에 특정 암세포의항원 단백질을 공격하는 항체를 링커(Linker)로 접합하여 암세포만을 특이적으로 공격하는 항암치료제를 말합니다.

【카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제】

카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제란 인체의 면역세포가 암세포를 쉽게 찾을 수 있도록 면역세포에 일종의 암세포 위치추적 장치를 심어주는 방식의 치료제로 체내의 면역 T세포를 채집하여 체외로 추출한 후 벡터를 활용하여 암세포에 반응하는 특이적인 키메라항원수용체(CAR, Chimeric antigen receptor)를 발현시킨 뒤 다시 체내에 주입하여 면역세포가 암세포를 인식하고 공격하여 암세포의 성장 및 확산을 억제하는 방식의 항암제를 말합니다.

【특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내】

2022년 5월 기준 특정면역항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 확인하기 위해 【별표101】 【특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명】을 참고하기 바랍니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ② 이 특별약관에서 「특정면역항암약물허가치료」라 함은 제5조(항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「특정면역항암제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
- ③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하여, 투약 처방시점의 기준을 적용합니다.
1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
 2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만 「암질환심의위원회」를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우

【용어풀이】

암질환심의위원회(중증질환심의위원회)란 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

【「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법】

- 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(<https://nedrug.mfds.go.kr>) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회」를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함) 확인
: 건강보험심사평가원(<https://www.hira.or.kr>) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제 및 요법 - 항암화학요법 - 허가초과항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량 포함)

- ④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「특정면

역항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「특정면역항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 특정면역항암약물허가치료 증명서
 - 가. 특정면역항암약물허가치료 진단서 또는 특정면역항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다.)
 - 1) 진단명
 - 2) 투약한 약제의 제품명
 - 3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - 4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회」를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법 사용여부

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서

4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「9-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제9조(특별약관의 무효)

보통약관 제22조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일 전일 이전에 「암」으로 진단확정 되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제10조(특별약관의 소멸)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 특정면역항암약물허가치료비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이

없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 6-36. 갱신형 특정면역항암약물허가치료비(연간1회한) 보장 특별약관, 갱신형 특정면역항암약물허가치료비(연간1회한)(태아보장) 보장 특별약관

※ 갱신형 특정면역항암약물허가치료비(연간1회한)(태아보장)보장 특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 「특정면역항암약물허가치료」를 받은 경우에는 각각 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정면역항암약물허가치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

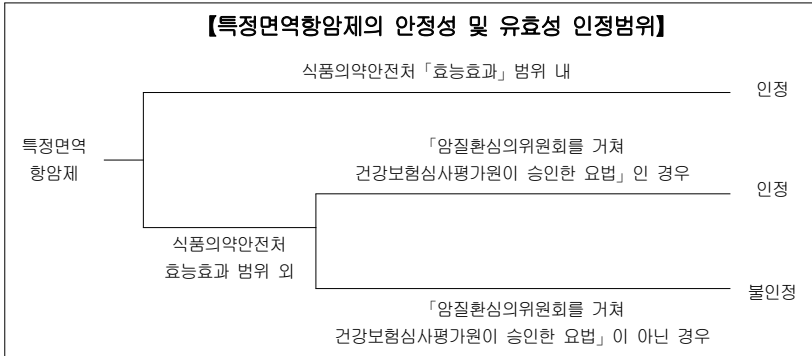
- ② 제1항의 「보장개시일」은 「암」의 경우 이 특별약관의 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 보장개시일은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우 보장개시일은 보험계약일로 합니다.

【 특정면역항암약물허가치료비 보장개시일 [예시] 】	
90일 보장 제외	보험가입금액의 100%
↑ 최초계약일 (2030년 4월 10일)	↑ 「암」 보장 개시일 (2030년 7월 9일)
※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.	

- ③ 제2항에도 불구하고 갱신계약의 경우에는 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.
- ④ 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매년 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 특정면역항암약물허가치료비는 특정면역항암제를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.



- ② 제1조(보험금의 지급사유)의 「특정면역항암약물허가치료」를 받은 경우
 라 함은 「특정면역항암제」를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하
 며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제4조(특정면역항암제 및 특
 정면역항암약물허가치료비의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인
 정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 「안전성과 유효성
 인정 범위」 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

【「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(추가) 예시 : 의약품의 ‘효능효과’ 추가 허가】			
의약품 품목허가		효능효과 추가허가	
분류번호:421(항악성종양제)		-효능효과:유방암, 위암의	
-효능효과:유방암의 치료	보장 제외	치료	보장
2030년4월1일	2030년7월1일(처방일)	2031년4월1일	2031년7월1일(처방일)
위암진단 및 위암의 치료목적으로 1차 특정면역항암제 처방 및 투약 ⇒ 특정면역항암약물허가치료비 미해당		위암의 치료목적으로 2차 특정면역항암제 처방 및 투약 ⇒ 특정면역항암약물허가치료비 해당	

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

【「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(삭제) 예시 : 의약품의 ‘효능효과’ 허가 취소】		
의약품 품목허가	효능효과 허가 취소	
- 분류번호:421(항악성종양제) - 효능효과:유방암, 위암의 치료	- 효능효과:유방암의 치료 (위암의 치료 허가 취소)	보장제외
20304월1일	2031년1월1일	2031년4월1일(처방일)
위암진단 및 위암의 치료목적으로 1차 특정면역항암제 처방 및 투약 → 특정면역항암약물허가치료비 미해당		

- ③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암, 기타피부암 및 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서 「기타피부암」 및 「갑상선암」을 제외한 질병(【별표14】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ④ 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단 확정은 병리 또는 진단검사 의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조

직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

【유의사항】

한국표준질병사인분류 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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(특정면역항암제 및 특정면역항암약물허가치료비의 정의)

① 이 특별약관에서 「특정면역항암제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 ‘421(항악성 종양제)’(예규 개정예에 따라 분류번호가 변경되는 경우 ‘항악성종양제’에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제 중 아래의 3가지에 해당하는 항암치료제를 말합니다.

1. 면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)
2. 항체약물중합체 (Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제
3. 카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제

【면역관문억제제(Immune checkpoint inhibitors)】

면역관문억제제(Immune checkpoint inhibitors)란 암세포 또는 T세포의 표면에 발현되어 암세포가 면역체계의 공격을 회피하는데 이용하는 면역세포의 표면 단백질인 PD-1, PD-L1, CTLA-4 등의 면역관문(immune checkpoint)을 차단함으로써, T세포가 암세포를 파괴하도록 하는 항암치료제를 말합니다.

【항체약물중합체 (Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제】

항체약물중합체 (Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제란 항암제에 특정 암세포의항원 단백질을 공격하는 항체를 링커(Linker)로 접합하여 암세포만을 특이적으로 공격하는 항암치료제를 말합니다.

【카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제】

카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제란 인체의 면역세포가 암세포를 쉽게 찾을 수 있도록 면역세포에 일종의 암세포 위치추적 장치를 심어주는 방식의 치료제로 체내의 면역 T세포를 채집하여 체외로 추출한 후 벡터를 활용하여 암세포에 반응하는 특이적인 키메라항원수용체(CAR, Chimeric antigen receptor)를 발현시킨 뒤 다시 체내에 주입하여 면역세포가 암세포를 인식하고 공격하여 암세포의 성장 및 확산을 억제하는 방식의 항암제를 말합니다.

【특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명 안내】

2022년 5월 기준 특정면역항암제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 확인하기 위해 **【별표101】 [특정면역항암제 해당 의약품명 및 성분명]**을 참고하기 바랍니다.

- ② 이 특별약관에서 「특정면역항암약물허가치료」라 함은 제5조(항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 의료법 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「특정면역항암제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
- ③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하여, 투약 처방시점의 기준을 적용합니다.
1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
 2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만 「암질환심의위원회」를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우

【용어풀이】

암질환심의위원회(중증질환심의위원회)란 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조의2 제1항에 따라 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

【「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법】

- 식품의약품안전처 허가 내 「효능효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(<https://nedrug.mfds.go.kr>) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 「효능효과」, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)」 확인
: 건강보험심사평가원(<https://www.hira.or.kr>) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제 및 요법 - 항암화학요법 - 허가초과항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량 포함)

- ④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「특정면

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

역항암제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「특정면역항암제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 특정면역항암약물허가치료 증명서
 - 가. 특정면역항암약물허가치료 진단서 또는 특정면역항암약물허가치료 확인서(회사양식)(이하의 내용이 포함되어야 합니다.)
 - 1) 진단명
 - 2) 투약한 약제의 제품명
 - 3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - 4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회」를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용여부

나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사 처방전 및 약제비 계산서

4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「9-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제9조(특별약관의 무효)

보통약관 제22조(계약의 무효)에 정한 사항 이외에도 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일 전일 이전에 「암」으로 진단확정 되는 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제10조(특별약관의 소멸)

① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 6-37. 갱신형 특정항암호르몬약물허가치료비(기타피부암/갑상선암제외)(최초1회한)보장 특별약관, 갱신형 특정항암호르몬약물허가치료비(기타피부암/갑상선암제외)(최초1회한)(태아보장)보장 특별약관

- ※ 갱신형 특정항암호르몬약물허가치료비(기타피부암/갑상선암제외)(최초1회한)(태아보장)보장특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 「암」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 「특정항암호르몬약물허가치료」를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정항암호르몬약물허가치료비(기타피부암/갑상선암제외)(최초1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

- ② 제1항의 「암」에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 보험계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 보장개시일은 보험계약일로 합니다.

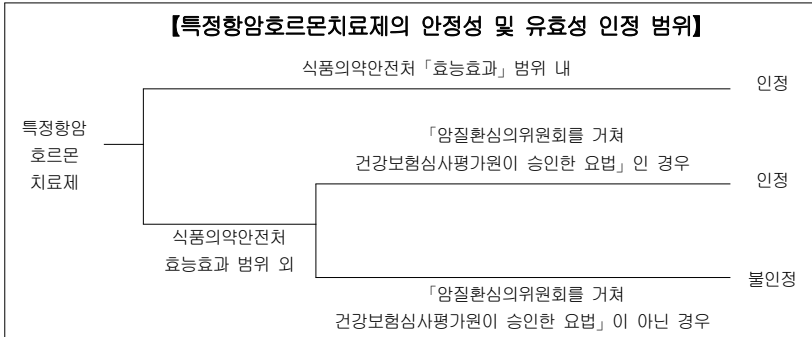
【「암」에 대한 보장개시일 [예시]】	
90일 보장 제외	보험가입금액의 100%
↑ 최초계약일 (2030년 4월 10일)	↑ 「암」 보장 개시일 (2030년 7월 9일)
※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.	

- ③ 제2항에도 불구하고 갱신계약의 경우에는 「암」에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

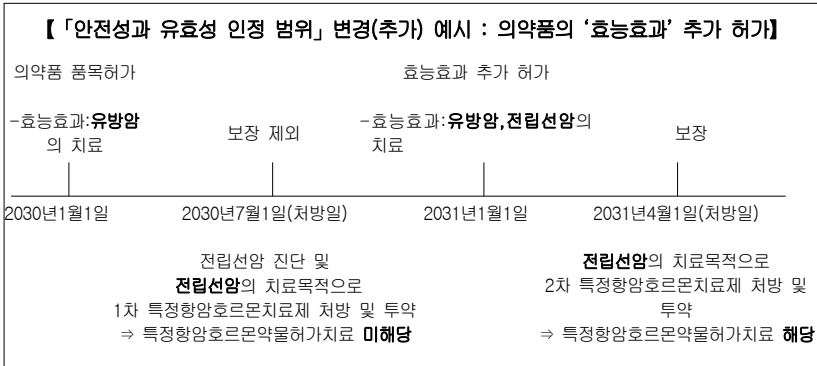
제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 특정항암호르몬약물허가치료비(기타피부암/갑상선암제외)(최초1회한)는 「특정항암호르몬치료제」를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관



- ② 제1조(보험금의 지급사유)의 「특정항암호르몬약물허가치료」를 받은 경우
우라 함은 「특정항암호르몬치료제」를 처방 받고 약물이 투여되었을 때
를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제4조(특정항암호르
몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 「안전
성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된
「안전성과 유효성 인정 범위」적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기
준으로 합니다.



【「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(삭제) 예시 : 의약품의 ‘효능효과’ 허가 취소】		
의약품 품목허가	효능효과 허가 취소	
-효능효과:유방암,전립선암의 치료	-효능효과:유방암의 치료 (전립선암의 치료 허가 취소)	보장제외
2030년1월1일	2031년1월1일	2031년4월1일(처방일)
전립선암 진단 및 전립선암의 치료목적으로 1차 특정항암호르몬치료제 처방 및 투약 ⇒ 특정항암호르몬약물허가치료 미해당		

- ③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서 「기타피부암」 및 「갑상선암」을 제외한 질병(【별표14】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ④ 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단 확정은 병리 또는 진단검사 의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

【유의사항】

한국표준질병사인분류 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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료의 정의)

① 이 특별약관에서 「특정항암호르몬치료제」 (【별표77】 특정항암호르몬치

료제 해당 의약품명 및 성분명)란 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 사용되는 항암약물치료제로, 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행 속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬 양을 감소시키는데 작용하는 호르몬 관련 약제를 말합니다.

【특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내】

특정항암호르몬치료제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2021년 2월 기준 특정항암호르몬치료제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 (【별표7】『특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명』)에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

- ② 이 특별약관에서 「특정항암호르몬약물허가치료」라 함은 제5조(항암약물 치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 「의료법」 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「특정항암호르몬치료제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
- ③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.
 1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
 2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질환심의위원회」를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다.)으로 사용된 경우

【암질환심의위원회(중증질환심의위원회)】

「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조의2(중증질환심의위원회) 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

[「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법]

- 식품의약품안전처 허가 내 효능효과 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(<https://nedrug.mfds.go.kr>) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 효능효과, 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 중앙기관에 한함) 확인
: 건강보험심사평가원(<https://www.hira.or.kr>) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

- ④ 식품의약품안전처 예규「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서「특정항암호르몬치료제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한「특정항암호르몬치료제」이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장애진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 특정항암호르몬약물허가치료 증명서
 - 가. 특정항암호르몬약물허가치료 진단서 또는 특정항암호르몬약물허가치료 확인서(회사양식)
(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
 - 1) 진단명
 - 2) 투약한 약제의 제품명
 - 3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - 4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우, 「암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
 - 나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
 4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「9-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제9조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험²⁵⁰⁴ 약관

수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 특정항암호르몬약물허가치료비(기타피부암/갑상선암제외)(최초1회한)을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 6~38.갱신형 특정항암호르몬약물허가치료비(기타피부암/갑상선암제외)(연간1회)보장 특별약관, 갱신형 특정항암호르몬약물허가치료비(기타피부암/갑상선암제외)(연간1회)(태아보장)보장 특별약관

※ 갱신형 특정항암호르몬약물허가치료비(기타피부암/갑상선암제외)(연간1회한)(태아보장)보장특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 「암」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 「특정항암호르몬약물허가치료」를 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정항암호르몬약물허가치료비(기타피부암/갑상선암제외)(연간1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 「암」에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 보험계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 보장개시일은 보험계약일로 합니다.

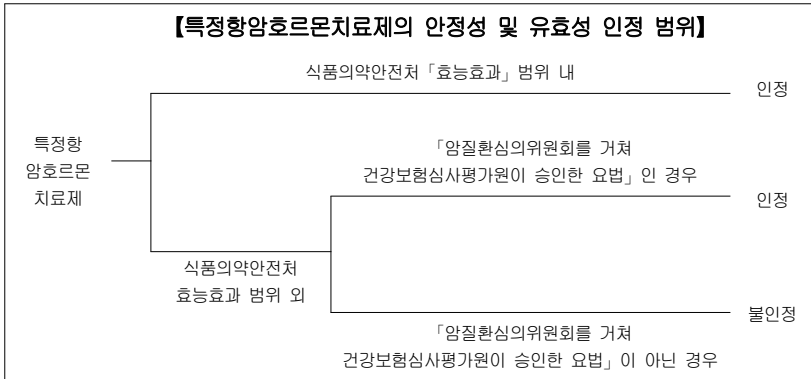
【「암」에 대한 보장개시일 [예시]】	
90일 보장 제외	보험가입금액의 100%
↑ 최초계약일 (2030년 4월 10일)	↑ 「암」 보장 개시일 (2030년 7월 9일)
※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.	

- ③ 제2항에도 불구하고 갱신계약의 경우에는 「암」에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

- ④ 제1항의 「연간」이라 함은 보험계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 특정항암호르몬약물허가치료비(기타피부암/갑상선암제외)(연간1회한)은 「특정항암호르몬치료제」를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용이지만 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.



- ② 제1조(보험금의 지급사유)의 「특정항암호르몬약물허가치료」를 받은 경우라 함은 「특정항암호르몬치료제」를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제4조(특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료의 정의) 제3항에서 정한 「안전성과 유효성 인정 범위」가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 「안전성과 유효성 인정 범위」적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

【「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(추가) 예시 : 의약품의 ‘효능효과’ 추가 허가】			
의약품 품목허가	효능효과 추가 허가		
-효능효과:유방암의 치료	보장 제외	-효능효과:유방암,전립선암의 치료	보장
2030년1월1일	2030년7월1일(처방일)	2031년1월1일	2031년4월1일(처방일)
전립선암 진단 및 전립선암의 치료목적으로 1차 특정항암호르몬치료제 처방 및 투약 ⇒ 특정항암호르몬약물허가치료 미해당		전립선암의 치료목적으로 2차 특정항암호르몬치료제 처방 및 투약 ⇒ 특정항암호르몬약물허가치료 해당	

【「안전성과 유효성 인정 범위」 변경(삭제) 예시 : 의약품의 ‘효능효과’ 허가 취소】			
의약품 품목허가		효능효과 허가 취소	
-효능효과: 유방암, 전립선암 의 치료	-효능효과: 유방암 의 치료 (전립선암의 치료 허가 취소)	보장제외	
2030년1월1일	2031년1월1일	2031년4월1일(처방일)	
전립선암 진단 및 전립선암 의 치료목적으로 1차 특정항암호르몬치료제 처방 및 투약 ⇒ 특정항암호르몬약물허가치료 미해당			

- ③ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서 「기타피부암」 및 「갑상선암」을 제외한 질병(【별표14】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

- ② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』 참조)을 말합니다.
- ④ 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단 확정은 병리 또는 진단검사 의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【상기에 의한 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

【유의사항】

한국표준질병사인분류 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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(특정항암호르몬치료제 및 특정항암호르몬약물허가치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「특정항암호르몬치료제」 (【별표77】 특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명)란 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 사용되는 항암약물치료제로, 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행 속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬 양을 감소시키는데 작용하는 호르몬 관련 약제를 말합니다.

【특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내】

특정항암호르몬치료제에 대한 보험가입자의 이해를 돕기 위하여, 2021년 2월 기준 특정항암호르몬치료제에 해당하는 의약품명 및 성분명을 (【별표77】 『특정항암호르몬치료제 해당 의약품명 및 성분명』)에 기재하고 있으니, 자세한 사항은 해당 내용을 확인하시기 바랍니다.

- ② 이 특별약관에서 「특정항암호르몬약물허가치료」라 함은 제5조(항암약물치료의 정의)에서 정한 「항암약물치료」 중 「의료법」 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 「암」의 직접적인 치료를 목적으로 제1항에서 정한 「특정항암호르몬치료제」를 「안전성과 유효성 인정 범위」 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
- ③ 제2항의 「안전성과 유효성 인정 범위」라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.
1. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 내로 사용된 경우
 2. 식품의약품안전처에서 허가된 「효능효과」 범위 외 사용이지만, 「암질

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)」으로 사용된 경우

[암질환심의위원회(중증질환심의위원회)]

「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조의2(중증질환심의위원회) 제1항에 따라, 암환자(중증환자)에게 처방·투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위해 건강보험심사평가원에서 운영하는 보건의료계 전문가들로 구성된 위원회를 말합니다.

[「안전성과 유효성 인정 범위」 확인 방법]

- 식품의약품안전처 허가 내 효능효과 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(<https://nedrug.mfds.go.kr>) - 의약품 검색
- 식품의약품안전처 허가 외 효능효과, 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함) 확인
: 건강보험심사평가원(<https://www.hira.or.kr>) - 의료정보 - 의약품정보 - 암질환사용약제및요법 - 항암화학요법 - 허가초과 항암요법 - 인정되고 있는 허가초과 항암요법(용법용량포함)

- ④ 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에서 「특정항암호르몬치료제」의 분류번호를 특정하여 발령하는 경우, 제1항에서 정한 「특정항암호르몬치료제」 이외에 추가로 해당하는 의약품 또한 포함하는 것으로 합니다.

제5조(항암약물치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암약물치료」라 함은 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암화학요법 또는 항암면역요법에 의해 항암약물을 투여하여 치료하는 것을 말하며, 항암면역요법이란 면역기전을 이용해서 암세포를 제거하는 치료를 말합니다. 다만, 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등)치료는 제외합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 특정항암호르몬약물허가치료 증명서
 - 가. 특정항암호르몬약물허가치료 진단서 또는 특정항암호르몬약물허가치료 확인서(회사양식)
(이하의 내용이 포함되어야 합니다)
 - 1) 진단명
 - 2) 투약한 약제의 제품명
 - 3) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내 사용 여부
 - 4) 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 외 사용의 경우,
「암질환심의위원회」를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법」 사용 여부
 - 나. 입원처방조제의 경우 진료비세부산정내역서, 외래처방조제의 경우 의사처방전 및 약제비 계산서
 4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「9-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제9조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제10조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제12조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

**[1종, 2종] 6-39. 갱신형 항암방사선(세기조절)치료비(최초1회한)보장 특별약관,
갱신형 항암방사선(세기조절)치료비(최초1회한)(태아보장)보장 특별약관**

※ 갱신형 항암방사선(세기조절)치료비(최초1회한)(태아보장)보장특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선(세기조절) 치료를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 항암방사선(세기조절)치료비(최초1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 「암」에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 보험계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 보장개시일은 보험계약일로 합니다.

【「암」에 대한 보장개시일 [예시]】	
90일 보장 제외	보험가입금액의 100%
↑ 최초계약일 (2030년 4월 10일)	↑ 「암」 보장 개시일 (2030년 7월 9일)
※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.	

- ③ 제2항에도 불구하고 갱신계약의 경우에는 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암, 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서 「기타피부암」 및 「갑상선암」을 제외한 질병(【별표14】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ④ 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

- ⑤ 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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(항암방사선(세기조절)치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암방사선(세기조절)치료」라 함은 제5조(항암방사선치료의 정의)에서 정한 「항암방사선치료」 중, 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보형자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 「세기조절방사선치료법」을 이용하여 치료하는 것을 말하며, 방사선세기조절이 없거나 입자방사선을 이용하는 치료는 포함하지 않습니다.

【용어풀이】

- **세기조절방사선치료법**이란 방사선 조사 방향을 수십배까지 세분화하고, 각 세분화된 영역마다 방사선의 양(세기)을 조절함으로써 종양 주위의 정상조직에 들어가는 방사선량을 최소화하고 암세포에만 선택적으로 방사선량을 조절하여 조사할 수 있는 방사선치료를 말합니다.
- **입자방사선치료**란 전자를 제외한 하전 입자를 가속하여 나타나는 브래그 피크라는 물리적 특성을 암 방사선치료에 활용하여 치료하는 것을 말하며, 양성자방사선 치료와 중입자방사선 치료(탄소선 혹은 헬륨) 등이 해당됩니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

제5조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「9-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제8조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제9조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 항암방사선(세기조절)치료비(최초1회한)을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

- ② 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 6-40. 갱신형 항암방사선(양성자)치료비(최초1회한)보장 특별약관, 갱신형 항암방사선(양성자)치료비(최초1회한) (태아보장)보장 특별약관

- ※ 갱신형 항암방사선(양성자)치료비(최초1회한) (태아보장)보장특별약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 제2

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

항에서 정한 보장개시일 이후에 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 「항암방사선(양성자) 치료」를 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 항암방사선(양성자)치료비(최초1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

- ② 제1항의 「암」에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 보험계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 그럼에도 불구하고 계약일 현재 보험나이 15세미만 피보험자의 경우 보장개시일은 보험계약일로 합니다.

【「암」에 대한 보장개시일 [예시]】	
90일 보장 제외	보험가입금액의 100%
↑ 최초계약일 (2030년 4월 10일)	↑ 「암」 보장 개시일 (2030년 7월 9일)
※ 단, 계약일 현재 보험나이가 15세미만 피보험자의 경우, 보장개시일은 계약일로 합니다.	

- ③ 제2항에도 불구하고 갱신계약의 경우에는 「암」, 「기타피부암」 및 「갑상선암」에 대한 보장개시일은 이 특별약관의 갱신일로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(암, 기타피부암, 갑상선암의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병에서 「기타피부암」 및 「갑상선암」을 제

외한 질병(【별표14】『악성신생물(암)(기타피부암 및 갑상선암 제외) 분류표』참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

- ② 이 특별약관에서 「기타피부암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「갑상선암」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병(【별표15】『기타피부암 및 갑상선암 분류표』참조)을 말합니다.
- ④ 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.
- ⑤ 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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【예시】

- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77 (림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다
- C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

제4조(항암방사선(양성자)치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암방사선(양성자)치료」라 함은 제5조(항암방사선치료의 정의)에서 정한 「항암방사선치료」 중 국내에 허가된 양성자치료센터에서 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 「암」, 「기타피부암」 또는 「갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 양성자를 이용하여 치료하는 것을 말합니다.

【용어풀이】

- **항암방사선(양성자)치료**란 수소 원자핵을 가속하여 얻은 분리된 양성자를 이용하여 암 환자의 몸에 조사하여 암세포의 성장과 확산을 억제하는 「항암방사선치료」를 말합니다. 양성자는 광자나 전자와 달리 신체 표면에서 빠른 속도로 진행하고 심부에서 느린 속도로 진행하는 특성(브래그 피크)을 가지며, 이를 치료에 이용합니다.

제5조(항암방사선치료의 정의)

이 특별약관에서 「항암방사선치료」라 함은 방사선종양학과 전문의 자격증을 가진 자가 피보험자의 암의 직접적인 치료를 목적으로 고에너지 전리방사선(ionizing radiation)을 조사(照射)하여 암세포를 죽이는 치료법을 말합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「9-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제8조(특별약관의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특별약관을 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특별약관이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알

수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 보험계약일로부터 제1조(보험금의 지급사유) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「암」으로 진단확정 되는 경우
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

제9조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 항암방사선(양성자)치료비(최초1회한)을 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

부활(효력회복)되는 이 특별약관의 보장개시는 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))을 따릅니다. 이 경우 부활(효력회복)일을 보험계약일로 하여 제1조(보험금의 지급사유) 제2항의 보장개시일을 적용합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 6-41. 갱신형 특정부인과질환 고강도초음파집속술(HIFU)치료비(최초1회)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「자궁의 평활근증」 또는 「자궁선근증」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 「고강도초음파집속술」을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정부인과질환고강도초음파집속술(HIFU)치료비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 특정부인과질환고강도초음파집속술(HIFU)치료비에 대한 보험금 지급기준일은 제4조(고강도초음파집속술의 정의)에서 정한 「고강도초음파집속술」을 시행한 일자를 기준으로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(자궁의 평활근증 또는 자궁선근증의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「자궁의 평활근증」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 D25(자궁의 평활근증)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「자궁선근증」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 N80.0(자궁의 자궁내막증)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 「자궁의 평활근증」 또는 「자궁선근증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료

기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

- ④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 상기 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다. 단, 약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.
- ⑤ 제1항 및 제2항에도 불구하고 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.
- ⑥ 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단하며, 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제4조(고강도초음파집속술의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「고강도초음파집속술」이라 함은 의사가 피보험자의 「자궁의 평활근증」 또는 「자궁선근증」의 직접적인 치료를 목적으로 「고강도초음파집속술」이 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 아래의 수가코드에 해당하는 시술을 한 경우를 말합니다.

내용	수가코드
자기공명영상유도하 고강도초음파집속술	RZ565
초음파유도하 고강도초음파집속술	RZ566

【용어풀이】

- 자기공명유도하 고강도초음파집속술 : 자기공명영상(MR) 유도하에 체외 초음파를 이용하여 고형종양의 응고피사를 유도하는 비침습적 치료법
- 초음파유도하 고강도초음파집속술 : B-mode 초음파(US) 유도하에 체외 초음파를 이용하여 고형종양의 응고피사를 유도하는 비침습적 치료법

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ② 제1항의 「고강도초음파집속술」은 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「고강도초음파집속술」당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 「고강도초음파집속술」 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ④ 제1항의 수가코드를 받지 않았음에도 불구하고, 수술기록지상 「고강도초음파집속술」 시술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 「고강도초음파집속술」을 받은 것으로 봅니다. 이는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 제1항의 수가코드가 폐지되었을 경우에도 동일하게 적용됩니다.

제5조(보험금 등의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 - 1. 청구서(회사양식)
 - 2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(건강보험심사평가원진료수가코드(EDI) 필수 기재), 수술확인서, 진료기록부 등)
 - 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 - 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「9-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제8조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 특정부인과질환고강도초음파집속술(HIFU)치료비를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 6-42. 갱신형 특정부인과질환 고강도초음파집속술(HIFU)치료비(연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「자궁의 평활근증」 또는 「자궁선근증」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 「고강도초음파집속술」을 받은 경우에는 목적, 부위 및 횟수와 관계없이 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정 부인과질환고강도초음파집속술(HIFU)치료비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 「연간」이라 함은 보험계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.
- ③ 제1항의 특정부인과질환고강도초음파집속술(HIFU)치료비에 대한 보험금 지급기준일은 제4조(고강도초음파집속술의 정의)에서 정한 「고강도초음파집속술」을 시행한 일자를 기준으로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(자궁의 평활근증 또는 자궁선근증의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「자궁의 평활근증」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 D25(자궁의 평활근증)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「자궁선근증」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 N80.0(자궁의 자궁내막증)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 「자궁의 평활근증」 또는 「자궁선근증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서

정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

- ④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 상기 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 그 질병도 포함합니다. 단, 약관에 별도의 규정이 있는 경우 해당 조항을 우선 적용합니다.
- ⑤ 제1항 및 제2항에도 불구하고 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.
- ⑥ 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단하며, 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제4조(고강도초음파집속술의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「고강도초음파집속술」이라 함은 의사가 피보험자의 「자궁의 평활근증」 또는 「자궁선근증」의 직접적인 치료를 목적으로 「고강도초음파집속술」이 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 아래의 수가코드에 해당하는 시술을 한 경우를 말합니다.

내용	수가코드
자기공명영상유도하 고강도초음파집속술	RZ565
초음파유도하 고강도초음파집속술	RZ566

【용어풀이】

- 자기공명영상유도하 고강도초음파집속술 : 자기공명영상(MR) 유도하에 체외 초음파를 이용하여 고형종양의 응고피사를 유도하는 비침습적 치료법
- 초음파유도하 고강도초음파집속술 : B-mode 초음파(US) 유도하에 체외 초음파를 이용하여 고형종양의 응고피사를 유도하는 비침습적 치료법

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ② 제1항의 「고강도초음파집속술」은 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「고강도초음파집속술」당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 「고강도초음파집속술」 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ④ 제1항의 수가코드를 받지 않았음에도 불구하고, 수술기록지상 「고강도초음파집속술」 시술을 하였음을 확인할 수 있는 경우 「고강도초음파집속술」을 받은 것으로 봅니다. 이는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 제1항의 수가코드가 폐지되었을 경우에도 동일하게 적용됩니다.

제5조(보험금 등의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(건강보험심사평가원진료수가코드(EDI) 필수 기재), 수술확인서, 진료기록부 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「9-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제8조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 6-43. 갱신형 특정유방병변진공흡인절제치료비(최초1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「여성특정유방질환」으로 진단 확정되고, 유방 양성병변의 조직검사 또는

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

치료를 직접적인 목적으로 「초음파유도하 진공보조장치를 이용한 유방 양성병변 절제술」을 받은 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정유방병변진공흡인절제치료비(최초1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

- ② 제1항의 특정유방병변진공흡인절제치료비(최초1회한)에 대한 보험금 지급기준일은 제4조(초음파유도하 진공보조장치를 이용한 유방 양성병변 절제술의 정의)에서 정한 「초음파유도하 진공보조장치를 이용한 유방 양성병변 절제술」을 시행한 일자를 기준으로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(여성특정유방질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「여성특정유방질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「여성특정유방질환」으로 분류되는 질병(【별표79】『여성특정유방질환 분류표』참조)을 말합니다.
- ② 「여성특정유방질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(초음파유도하 진공보조장치를 이용한 유방 양성병변 절제술의 정의)

이 특별약관에서 「초음파유도하 진공보조장치를 이용한 유방 양성병변 절제술」이라 함은 유방 양성병변의 조직검사 또는 치료를 목적으로 초음파유도하 진공보조장치를 이용하여 병변 부위에 탐침을 삽입하여 탐침 내로 병변을 흡인하여 절제하는 것을 말합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지

급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「9-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 특정유방병변진공흡인절제치료비(최초1회한)를 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 6-44. 갱신형 특정유방병변진공흡인절제치료비(연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「여

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

성특정유방질환」으로 진단 확정되고, 유방 양성병변의 조직검사 또는 치료를 직접적인 목적으로 「초음파유도하 진공보조장치를 이용한 유방 양성병변 절제술」을 받은 경우에는 목적, 부위 및 횟수와 관계없이 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정유방병변진공흡인절제치료비(연간1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

- ② 제1항의 「연간」이라 함은 보험계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.
- ③ 제1항의 특정유방병변진공흡인절제치료비(연간1회한)에 대한 보험금 지급기준일은 제4조(초음파유도하 진공보조장치를 이용한 유방 양성병변 절제술의 정의)에서 정한 「초음파유도하 진공보조장치를 이용한 유방 양성병변 절제술」을 시행한 일자를 기준으로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(여성특정유방질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「여성특정유방질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「여성특정유방질환」으로 분류되는 질병(【별표79】『여성특정유방질환 분류표』참조)을 말합니다.
- ② 「여성특정유방질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과 의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제4조(초음파유도하 진공보조장치를 이용한 유방 양성병변 절제술의 정의)

이 특별약관에서 「초음파유도하 진공보조장치를 이용한 유방 양성병변 절제술」이라 함은 유방 양성병변의 조직검사 또는 치료를 목적으로 초음파유도

하 진공보조장치를 이용하여 병변 부위에 탐침을 삽입하여 탐침 내로 병변을 흡인하여 절제하는 것을 말합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「9-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 6-45. 갱신형 독감(인플루엔자)항바이러스제치료비(연간회한)보장 특별약관,
갱신형 독감(인플루엔자)항바이러스제치료비(연간회한)(태아보장)보장 특별약관

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험²⁵⁰⁴ 약관

※ 갱신했던 독감(인플루엔자)항바이러스제치료비(연간1회한)(태아보장) 특별 약관은 계약을 체결할 때에 피보험자가 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 한하여 부가됩니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에 「독감(인플루엔자)」로 진단이 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 「독감 항바이러스제」를 처방 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 독감(인플루엔자)항바이러스제치료비로 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제1항에서 「연간」이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(독감(인플루엔자) 및 독감 항바이러스제의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「독감(인플루엔자)」라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「독감(인플루엔자)」로 분류되는 질병 (【별표80】『독감(인플루엔자)분류표』 참조)를 말합니다.
- ② 이 특약에서 「독감(인플루엔자)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야하며, 이 진단은 배양검사, 유전자 검출검사, 혈청검사, 신속항원 검사(Rapid Antigen test) 또는 의사의 임상적 판단등을 기초로 하여야 합니다. 또한 「독감(인플루엔자)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

- ③ 이 특약에서 「독감 항바이러스제」라 함은 「독감(인플루엔자)」의 치료를 직접적인 목적으로 체내에 침입한 바이러스이 작용을 악화 또는 소멸시키기 위해 사용하는 약제로서, 진단 당시 식품의약품안전처에서 허가된 「효능·효과」 항목에 독감(인플루엔자)바이러스 감염증의 치료제로 기재된 경우에 한하여 인정합니다.

【독감 항바이러스제 효능·효과 확인 방법】

- 식품의약품안전처 허가 내 「효능·효과」 확인
: 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(<https://nedrug.mfds.go.kr>) - 의약품 검색

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(「독감 항바이러스제」 처방여부 및 의약품명이 기재된 진단서 또는 의사소견서, 진료비계산서, 진료비세부내역서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비))
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령 및 납입면제에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「9-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)는 제외합니다.

[1종, 2종] 6-46. 갱신형 추간판탈출증신경차단술치료비(급여)(연간1회한)보장 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병으로 인하여 추간판탈출증으로 진단 확정되고, 그 치료를 목적으로 추간판탈출증 신경차단술(급여)을 받은 경우에는 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 추간판탈출증신경차단술치료비(급여)(연간1회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

- ② 제1항의 「연간」 이라 함은 보험계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「추간판탈출증」 이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「추간판탈출증」 으로 분류되는 질병으로 【별표67】 『추간판탈출증 분류표』 에 해당하는 질병을 말합니다.

제2조(추간판탈출증 신경차단술(급여)의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「추간판탈출증 신경차단술(급여)」 이라 함은 피보험자의 진단확정 된 추간판탈출증의 치료를 목적으로 「급여 신경차단술」 치료를 받은 경우를 말합니다. 「급여 신경차단술」 이라 함은 「추간판탈출증 신경차단술(급여) 대상 수가코드」 (【별표100】 추간판탈출증 신경차단술(급여) 대상 수가코드 참조)에 해당하는 진료행위를 말하며 해당 진료행위의 기준일자는 치료개시일(해당 질병의 치료를 위하여 최초로 내원(입원을 포함합니다)한 날을 말합니다)로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 이 특약 체결시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 과 진료심사평가위원회가 심의·결정한 「심사지침」 의 개정으로 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 이 특약에서 보장하는 추간판탈출증 신경차단술(급여) 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 과 진료심사평가위원회가 심의·결정한 「심사지침」 에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 또는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 과 진료심사평가위원회가 심의·결정한 「심사지침」 의 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특약에서 보장하는 치료 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- ④ 제1항의 「추간판탈출증 신경차단술(급여)」 는 「국민건강보험법」 에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」 에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제3조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「9-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 사망한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

Ⅶ. 부양자 관련 특별약관



[1종, 2종] 7-1. 모성사망보장 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 보통약관에 가입되어 있는 피보험자의 부양자(임신한 모(母)에 한합니다. 이하 「피보험자」라 합니다)로서 보험증권에 기재된 자로 합니다.

제2조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 계약일부터 분만 후 42일까지로 합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「여성산과(임신, 출산 및 산후)관련 특정질병」(【별표81】『여성산과(임신, 출산 및 산후)관련 특정질병 분류표』참조)으로 인하여 임신 중 또는 분만 후 42일 이내에 사망한 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 모성사망보험금으로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제3조(보험금의 지급사유) ‘사망’의 원인 및 ‘사망보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 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

제6조(특별약관의 소멸)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)의 모성사망보험금을 지급한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 제3조(보험금의 지급사유)에서 보장하지 않는 사유로 사망한 경우에도 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급), 제28조(보험료의 납입면제) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 7-2. 임신중독증진단비보장 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 보통약관에 가입되어 있는 피보험자의 부양자(임신한 모(母)에 한합니다. 이하 「피보험자」라 합니다)로서 보험증권에 기재된 자로 합니다.

제2조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 계약일부터 분만시까지로 합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「임신중독증」으로 진단확정된 경우에는 최초1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 임신중독증진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(임신출산관련 질환의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 특별약관에서 「임신중독증」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 임신중독증으로 분류되는 질병(【별표82】『임신중독증 분류표』참조)을 말합니다.
- ② 「임신중독증」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 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

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 임신중독증진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급), 제28조(보험료의 납입면제) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 7-3. 유산진단비보장 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 보통약관에 가입되어 있는 피보험자의 부양자(임신한 모(母)에 한합니다. 이하 「피보험자」라 합니다)로서 보험증권에 기재된 자로 합니다.

제2조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 계약일부터 분만시까지로 합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「유산」으로 진단확정된 경우에는 최초1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 유산진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(유산의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 특별약관에서 「유산」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 유산으로 분류되는 질병(【별표84】『유산 분류표』 참조)을 말합니다.
- ② 「유산」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 ‘태아가 모체 밖에서는 생명을 유지할 수 없는 시기

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

에 태아와 그 부속물들을 인공적으로 모체 밖으로 배출시키는 수술(인공 임신중절수술)’은 보장에서 제외합니다. 다만, 모자보건법 제14조(인공임신중절수술의 허용한계) 및 동법 시행령 제15조(인공임신중절수술의 허용한계)에 해당하는 경우에는 보장에서 제외하지 않습니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 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

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 유산진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급), 제28조(보험료의 납입면제) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 7-4. 태반조기박리진단비보장 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 보통약관에 가입되어 있는 피보험자의 부양자(임신한 모(母)에 한합니다. 이하 「피보험자」라 합니다)로서 보험증권에 기재된 자로 합니다.

제2조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 계약일부터 분만시까지로 합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「태반조기박리」로 진단 확정된 경우 최초1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 태반조기박리진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(태반조기박리의 정의 및 진단 확정)

① 이 특별약관에서 「태반조기박리」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

에 있어서 태반조기박리로 분류되는 질병(【별표125】『태반조기박리 분류표』 참조)을 말합니다.

- ② 「태반조기박리」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 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

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 태반조기박리진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다

음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급), 제28조(보험료의 납입면제) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 7-5. 특정고위험산모질환진단비보장 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 보통약관에 가입되어 있는 피보험자의 부양자(임신한 모(母)에 한합니다. 이하 「피보험자」라 합니다)로서 보험증권에 기재된 자로 합니다.

제2조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 계약일부터 분만시까지로 합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「특정고위험산모질환」으로 진단확정된 경우에는 최초1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정고위험산모질환진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특정고위험산모질환의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 특별약관에서 「특정고위험산모질환」이라 함은 제8차 한국표준질병사 인분류에 있어서 특정고위험산모질환으로 분류되는 질병(【별표119】『특정고위험산모질환 분류표』 참조)을 말합니다.
- ② 「특정고위험산모질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 또한, 회사가 특정고위험산모질환의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「특정고위험산모질환」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 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. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정고위험산모질환진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유

가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급), 제28조(보험료의 납입면제) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 7-6. 특정임신중당뇨병진단비보장 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 보통약관에 가입되어 있는 피보험자의 부양자(임신한 모(母)에 한합니다. 이하 「피보험자」라 합니다)로서 보험증권에 기재된 자로 합니다.

제2조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 계약일부터 분만시까지로 합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「특정임신중당뇨병」으로 진단확정된 경우에는 최초1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 특정임신중당뇨병진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다. 다만, 제7조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(특정임신중당뇨병의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 특별약관에서 「특정임신중당뇨병」이라 함은 제8차 한국표준질병사인 분류에 있어서 임신중 생긴 당뇨병으로 분류되는 질병(【별표120】『특정임신중당뇨병 분류표』참조)을 말합니다.
- ② 「특정임신중당뇨병」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·증상과 함께 의학적으로 필요한 검사결과 상기 질환으로 진단할 수 있는 객관적인 이상소견을 보이는 경우 진단합니다. 또한, 회사가 특정임신중당뇨병의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 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. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 특정임신중단요병진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급), 제28조(보험료의 납입면제) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 7-7. 출산전선별검사결과이상소견진단비보장 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 보통약관에 가입되어 있는 피보험자의 부양자(임신한 모(母)에 한합니다. 이하 「피보험자」라 합니다)로서 보험증권에 기재된 자로 합니다.

제2조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 계약일부터 분만시까지로 합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 출산전 선별검사 결과, 태아를 대상으로 「이상소견」으로 진단확정된 경우에는 최초1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 출산전선별검사이상소견진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 보험기간이 종료된 이후에도 동일한 임신에 한하여 제5조(이상소견의 정의 및 진단 확정)에서 정한 「이상소견」으로 최초로 진단 확정된 경우에는 이 특별약관에 따라 보장합니다.
- ② 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제3조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제3조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다. 다만, 제7조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급한 경우에는, 이미 지급된 계약자적립액 및 미경과보험료를 차감하고 그 차액을 지급합니다.
- ③ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(이상소견의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 특별약관에서 「이상소견」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 출산전 선별검사 결과에 따른 이상소견으로 분류되는 질병(【별표121】『출산전선별검사이상소견 분류표』참조)을 말합니다.

【출산전 선별검사】

임신 중 태아의 선천기형 등을 선별하기 위한 검사로써 일반적으로 출산전검사로 합니다.

- ② 「이상소견」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 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. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 출산전선별검사이상소견진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급), 제28조(보험료의 납입면제) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 7-8. 다운중후군진단비보장 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 보통약관에 가입되어 있는 피보험자의 부양자(임신한 모(母)에 한합니다. 이하 「피보험자」라 합니다)로서 보험증권에 기재된 자로 합니다.

제2조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 계약일부터 1년까지로 합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자로부터 태어난 자로(보통약관의 피보험자)가 이 특별약관의 보험기간 중에 「다운중후군」으로 진단확정된 경우 최초1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 다운중후군진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(다운증후군의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 특별약관에서 「다운증후군」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 다운증후군로 분류되는 질병(【별표118】『다운증후군 분류표』참조)을 말합니다.
- ② 「다운증후군」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 그러나, 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 ‘다운증후군’으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 이 특별약관을 가입할 때 임신과정 또는 산전검사에서 다운증후군에 대한 태아 이상 가능성이 발견되거나 진단을 받은 적이 있는 경우에는 보험금 지급사유가 발생한 때에도 해당보험금을 지급하지 않습니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 다운증후군진단비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급), 제28조(보험료의 납입면제) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 7-9. 임신출산질환수술비보장 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 보통약관에 가입되어 있는 피보험자의 부양자(임신한 모(母)에 한합니다. 이하 「피보험자」라 합니다)로서 보험증권에 기재된 자로 합니다.

제2조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 계약일부터 분만 후 42일까지로 합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「임신출산관련 질환」으로 진단확정되고, 그 「임신출산관련 질환」의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 임신출산질환수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(임신출산관련 질환의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 특별약관에서 「임신출산관련 질환」이라 함은 【별표83】 『임신 및 출산관련 질환 분류표』에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 한국표준질병사인분류에 따릅니다.
- ② 「임신출산관련질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제6조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.

④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 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

제8조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급), 제28조(보험료의 납입면제) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 7-10. 유산수술비보장 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 보통약관에 가입되어 있는 피보험자의 부양자(임신한 모(母)에 한합니다. 이하 「피보험자」라 합니다)로서 보험증권에 기재된 자로 합니다.

제2조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 계약일부터 분만시까지로 합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「유

산」으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 유산수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(유산의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 특별약관에서 「유산」이라 함은 【별표84】 『유산 분류표』에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 한국표준질병사인분류에 따릅니다.
- ② 「유산」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제6조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제1항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ③ 제1항 및 제2항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 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

제8조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급), 제28조(보험료의 납입면제) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 7-11. 분만전후출혈수혈치료비보장 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 보통약관에 가입되어 있는 피보험자의 부양자(임신한 모(母)에 한합니다. 이하 「피보험자」라 합니다)로서 보험증권에 기재된 자로 합니다.

제2조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 계약일부터 분만 후 42일까지로 합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「분만 전후출혈」로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수혈을 받은 경우 최초1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 분만전후출혈수혈치료비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합 병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(분만전후출혈의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 특별약관에서 「분만전후출혈」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표123】 『분만전후출혈 분류표』에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② 「분만전후출혈」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며 이 진단은 작성한 문서화된 진료기록 또는 검사 결과를 기초로 하여야 합니다. 이와 함께 「수혈」의 증거를 확인할 수 있는 의무기록지 등을 제출해야 합니다. 또한, 회사가 「분만전후출혈」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부의 사본제출을 요청할 수 있습니다.

제6조(수혈의 정의 및 진단확정)

이 특별약관에서 「수혈」이라 함은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 치료를 직접적인 목적으로 사람의 혈액(피)나 그 일부 성분을 환자의 혈관에 주입하는 치료를 말합니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 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. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제8조(특별약관의 소멸)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 분만전후출혈수혈치료비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ③ 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급), 제28조(보험료의 납입면제) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 7-12. 여성산과관련자궁적출수술비보장 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 보통약관에 가입되어 있는 피보험자의 부양자(임신한 모(母)에 한합니다. 이하 「피보험자」라 합니다)로서 보험증권에 기재된 자로 합니다.

제2조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 계약일부터 분만 후 42일까지로 합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「여성산과(임신,출산 및 산후)관련 특정질병」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「자궁적출수술」을 받은 경우 최초1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 여성산과질환자궁적출수술비로 보험수익자에게 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(「여성산과(임신,출산 및 산후)관련 특정질병」의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 특별약관의 「여성산과(임신, 출산 및 산후)관련 특정질병」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표81】 『여성산과(임신, 출산 및 산후) 관련 특정질병 분류표』에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② 「여성산과(임신, 출산 및 산후)관련 특정질병」의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사자격을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제6조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「자궁적출수술」이라 함은 자궁을 적출(외과적으로 제거 함)하는 수술로써 「자궁적출수술 분류표」 (【별표124】 『자궁적출수술 분류표』 참조)에서 정한 수술을 말합니다. 다만, 자궁경부 원추형 절제술 (Conization of cervix)은 보장에서 제외합니다.
- ② 이 특별약관에서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의료기관에서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ③ 제2항의 「수술」에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【신의료기술평가위원회】

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

- ④ 제2항 및 제3항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ⑤ 제1항의 수술에서 아래 각 호의 사항은 제외합니다.
 1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

【기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시)】

- 절개, 배농(고름을 빼냄) 또는 도관삽입술
- 하지정맥류 관련 고주파/레이저정맥폐쇄술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘 레이저 시술
- 추간판 관련 경막외 신경차단술, 고주파 열치료술
- 치, 치수, 치은(잇몸), 치근, 치조골의 처치
- 기타 이와 유사한 시술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 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

제8조(특별약관의 소멸)

- ① 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 여성산과질환자궁적출수술비를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸되며, 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험²⁵⁰⁴ 약관

- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급), 제28조(보험료의 납입면제) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 7-13. 유산입원일당(4일이상120일한도)보장 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 보통약관에 가입되어 있는 피보험자의 부양자(임신한 모(母)에 한합니다. 이하 「피보험자」라 합니다)로서 보험증권에 기재된 자로 합니다.

제2조(특별약관의 보험기간)

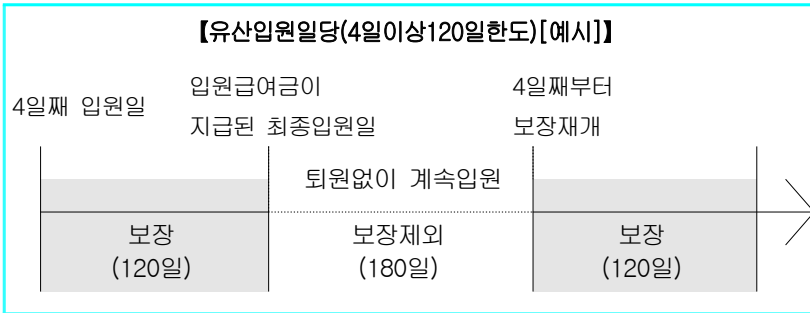
이 특별약관의 보험기간은 계약일부터 분만시까지로 합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「유산」으로 진단확정되고, 그 치료를 목적으로 4일이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자에게 유산입원일당(4일이상120일한도)으로 지급합니다. 다만, 유산입원일당(4일이상120일한도)의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 「유산」의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 「유산」에 대한 입원이라도 유산입원일당(4일이상120일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 유산입원일당(4일이상120일한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 유산입원일당(4일이상120일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ② 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「유산」의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 피보험자가 보험기간 중 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 유산입원일당(4일이상120일한도)을 계속 지급합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 유산입원일당(4일이상120일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험²⁵⁰⁴ 약관

정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(유산의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 특별약관에서 「유산」이라 함은 【별표84】 『유산 분류표』에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 한국표준질병사인분류에 따릅니다.
- ② 「유산」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제6조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과 의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「유산」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 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

제8조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유

가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급), 제28조(보험료의 납입면제) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 7-14. 임신출산질환입원일당(4일이상120일한도)보장 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 보통약관에 가입되어 있는 피보험자의 부양자(임신한 모(母)에 한합니다. 이하 「피보험자」라 합니다)로서 보험증권에 기재된 자로 합니다.

제2조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 계약일부터 분만 후 42일까지로 합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「임신

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

출산관련 질환」으로 진단이 확정되고, 그 치료를 목적으로 4일이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 4일째 입원일부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 임신출산질환입원일당(4일이상120일한도)으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 임신출산질환입원일당(4일이상120일한도)의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 동일한 「임신출산관련 질환」의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2회 이상 입원한 경우에는 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 「임신출산관련 질환」에 대한 입원이라도 임신출산질환입원일당(4일이상120일한도)이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 임신출산질환입원일당(4일이상120일한도)이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 임신출산질환입원일당(4일이상120일한도)이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

【임신출산질환입원일당(4일이상120일한도)【예시】			
4일째 입원일	입원급여금이 지급된 최종입원일	4일째부터 보장재개	
	퇴원없이 계속입원		
보장 (120일)	보장제외 (180일)	보장 (120일)	→

- ② 피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 「임신출산관련 질환」의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 피보험자가 보험기간 중 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제3조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 임신출산질환입원일당(4일이상120일한도)을 계속 지급합니다.

- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 임신출산질환입원일당(4일이상120일한도)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(임신출산관련 질환의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 특별약관에서 「임신출산관련 질환」이라 함은 【별표83】 『임신 및 출산관련 질환 분류표』에서 정한 질병을 말하며, 질병분류기준은 제8차 한국표준질병사인분류에 따릅니다.
- ② 「임신출산관련질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제6조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「임신출산관련 질환」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로써, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

- 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

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

제8조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급), 제28조(보험료의 납입면제) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

[1종, 2종] 7-15. 임신출산질환(유산제외)통원일당(10회한) 특별약관

※ 임신출산질환(유산제외)통원일당(10회한) 특별약관은 2개의 세부보장[임신출산질환(유산제외)통원일당(상급종합병원)(10회한), 임신출산질환(유산제외)통원일당(상급종합병원제외)(10회한)]으로 구성되어 있습니다.

제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 보통약관에 가입되어 있는 피보험자의 부양자(임신한 모(母)에 한합니다. 이하 「피보험자」라 합니다)로서 보험증권에 기재된 자로 합니다.

제2조(특별약관의 보험기간)

이 특별약관의 보험기간은 계약일부터 분만 후 42일까지로 합니다.

제3조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 「임신출산관련질환(유산제외)」로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 통원하여 치료를 받았을 경우에는 통원 1회당 이 특별약관의 보험가입금액을 임신출산질환(유산제외)통원일당(10회한)으로 보험수익자에게 지급합니다.

구 분		지급금액
임신출산질환(유산제외)통원일당 (상급종합병원)(10회한)	상급종합병원 통원시	통원1회당 이 보장의 보험가입금액(10회한)
임신출산질환(유산제외)통원일당 (상급종합병원제외)(10회한)	상급종합병원이외의 병원 통원시	통원1회당 이 보장의 보험가입금액(10회한)

- ② 제1항의 임신출산질환(유산제외)통원일당(10회한)의 지급횟수는 각 세부 보장의 통원당 1일 1회에 한하며, 각 10회 한도로 지급합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제5조(임신출산관련질환(유산제외)의 정의 및 진단 확정)

- ① 이 특별약관에서 「임신출산관련질환(유산제외)」이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 「임신출산관련질환(유산제외) 분류표」으로 분류되는 질병(【별표122】 임신출산관련질환(유산제외) 분류표)을 말합니다.
- ② 「임신출산관련질환(유산제외)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 의사 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제6조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에 있어서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경되는 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.

【 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정) 】

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
 1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추는 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제7조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 상급종합병원의 지정이 의료법 및 관련 법령(이하 '법령'이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 상급종합병원에 입원하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 상급종합병원 입원과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장 내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
 1. 법령의 개정에 따라 상급종합병원 지정제도가 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정에 따라 상급종합병원 판정이 불가능한 경우
 3. 제1호 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 크게 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 가입금액 변경내역, 보험료 수준 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제8조(통원의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

- ② 이 특별약관에서 「임신출산관련질환(유산제외)」의 치료를 목적으로 한 「통원」이란 의사에 의해 「임신출산관련질환(유산제외)」으로 진단된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하여, 「임신출산관련질환(유산제외)」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「임신출산관련질환(유산제외)」을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「임신출산관련질환(유산제외)」의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 통원으로서 통원 후 최초로 「임신출산관련질환(유산제외)」으로 진단된 경우에 이는 「임신출산관련질환(유산제외)」의 치료를 목적으로 한 동일한 통원으로 봅니다.

제9조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 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. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제10조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이

없으며, 이 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.

- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만, 보통약관 제10조(만기환급금의 지급) 및 제39조(중도인출)은 제외합니다.

Ⅷ. 배상책임 관련 특별약관



[1종, 2종] 8-0. 배상책임 특별약관 일반조항

제1조(목적)

이 보험계약(이하 「계약」 이라 합니다)은 보험계약자(이하 「계약자」 라 합니다)와 보험회사(이하 「회사」 라 합니다) 사이에 피보험자가 입은 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조(용어의 정의)

이 계약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

- 가. 계약자 : 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험수익자 : 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 다. 보험증권 : 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 라. 피보험자 : 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 배상책임: 보험기간 중 발생한 보험사고로 인하여 타인에게 입힌 손해에 대한 법률상의 책임을 말합니다.
- 나. 보상한도액 : 회사와 계약자간에 약정한 금액으로 피보험자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해 중 「보험금 등의 지급한도」에 따라 회사가 책임지는 금액의 최대한도를 말합니다.

3. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간 : 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일 : 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일(대체공휴일 포함)과 근로자의 날을 제외합니다.

다. 갱신형 : 일정 기간을 주기로 보험기간이 자동 갱신되는 형태를 말합니다. 이 특별약관을 갱신형으로 가입한 경우에는 보험증권에 갱신주기를 기재하여 드립니다.

제3조(손해의 통지 및 조사)

① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 회사에 알려야 합니다.

1. 사고가 발생하였을 경우 사고발생의 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고 상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기 받았을 경우

② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유 없이 제1항 각 호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하지 않으며, 제1항 제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하지 않습니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 상법 제657조 제1항에 의해 보험사고의 발생을 회사에 알린 경우에는 계약자 또는 피보험자가 아래의 손해 및 비용에 대하여 보상한도액을 한도로 보상하여 드립니다

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금(손해배상금을 지급함으로써 대위 취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺍니다)
2. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
3. 보험증권상 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.

【상법 제657조(보험사고발생의 통지의무)】

- ① 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험사고의 발생을 안 때에는 지체없이 보험자에게 그 통지를 발송하여야 한다.
- ② 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자가 제1항의 통지의무를 해태함으로써 인하여 손해가 증가된 때에는 보험자는 그 증가된 손해를 보상할 책임이 없다.

【공탁보증보험료】

가압류, 가집행, 가처분 신청 등 각종 민사사건을 신청할 때, 잘못된 신청으로 인해 발생하는 피신청인의 손해를 법적으로 보상해 주기 위해서 법원에 납부하는 공탁금을 대신하는 보험상품의 보험료를 말합니다.

제4조(보험금의 청구)

피보험자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 증명하는 서류
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 회사가 요구하는 증거자료

제5조(보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제4조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수받은 후 지체 없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다. 또한, 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

【가 지급보험금】

보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단되는 경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도로 피보험자가 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급하는 임시 교부금을 말합니다.

- ② 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날로부터 지급일까지의 기간에 대하여 【별표 1-1】 『보험금을 지급할 때의 적립이율 계산』에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.

제6조(손해방지의무)

- ① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.
1. 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다)
 2. 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리의 보전 또는 행사를 위한 필요한 조치를 취하는 일
 3. 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일
- ② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유없이 제1항의 의무를 이행하지 않았을 때에는 해당 배상책임 특별약관의 보상하는 손해에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.
1. 제1항 제1호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
 2. 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
 3. 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 않은 행위에 의하여 증가된 손해

제7조(대위권)

- ① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 가집니다.
 1. 피보험자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
 2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권
- ② 계약자 또는 피보험자는 제1항에 의하여 회사가 취득한 권리의 행사 및 보전에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.
- ③ 회사는 제1항, 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.
- ④ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우에는 그 권리를 취득하지 못합니다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그 권리를 취득합니다.
- ⑤ 회사는 제1항에 따른 권리가 계약자 또는 피보험자와 임대차계약을 체결하는 등 거주를 허락한 자(이하 '임차인등')에 대한 것으로, 임차인등이 보험료를 납부하는 경우 임차인등 및 이들과 생계를 같이하는 가족에 대한 대위권을 포기합니다. 다만, 손해가 임차인등 및 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그러하지 않습니다.

제8조(의무보험과의 관계)

- ① 회사는 이 계약에 의하여 보상하여야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만 보상합니다. 다만 의무보험이 다수인 경우에는 제9조(보험금의 부담)을 따릅니다.
- ② 제1항의 의무보험은 피보험자가 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험으로서 공제계약을 포함합니다.

【공제계약】

공제사업을 실시하는 경영주체(협동조합 등)와 공제계약자 사이에 체결되는 계약으로 공제계약자에게 우연한 사고가 발생하였을 경우에 어떤 급부를 약속하는 유상계약을 말하며, 계약조건은 공제약관에 의거합니다.

- ③ 피보험자가 의무보험에 가입하여야 함에도 불구하고 가입하지 않은 경우에는 그가 가입했다라면 의무보험에서 보상했을 금액을 제1항의 의무보험에서 보상하는 금액으로 봅니다.

제9조(보험금의 분담)

- ① 회사는 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는, 아래에 따라 보상하여 드립니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

손해액 × $\frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$

【공제계약】

공제사업을 실시하는 경영주체(협동조합 등)와 공제계약자 사이에 체결되는 계약으로 공제계약자에게 우연한 사고가 발생하였을 경우에 어떤 급부를 약속하는 유상계약을 말하며, 계약조건은 공제약관에 의거합니다.

- ② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.
- ③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제10조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

- ① 피보험자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

는 이 특별약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액 한도 내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.

- ② 회사는 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체없이 피보험자에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 피보험자 및 계약자는 필요한 서류·증거의 제출, 증언 또는 증인 출석에 협조하여야 합니다.
- ③ 피보험자가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자는 이에 협력하여야 합니다.
- ④ 계약자 및 피보험자가 정당한 이유 없이 제2항 및 제3항의 요구에 협조하지 않았을 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하지 않습니다.

제11조(합의·절충·중재·소송의 협조·대행 등)

- ① 회사는 피보험자의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위하여 피보험자가 피해자와 행하는 합의·절충·중재 또는 소송(확인의 소를 포함합니다)에 대하여 협조하거나, 피보험자를 위하여 이러한 절차를 대행할 수 있습니다.
- ② 회사는 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서 제1항의 절차에 협조하거나 대행합니다.
- ③ 회사가 제1항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않을 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 않습니다.
- ④ 회사는 다음의 경우에는 제1항의 절차를 대행하지 않습니다.
 - 1. 피보험자가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험증권에 기재된 보상한도액을 명백하게 초과하는 때
 - 2. 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 않을 때
- ⑤ 회사가 제1항의 절차를 대행하는 경우에는, 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서, 가압류나 가집행을 면하기 위한 공탁금을 피보험자에게 대부할 수 있으며 이에 소요되는 비용을 보상합니다. 이 경우 대

부금의 이자는 공탁금에 붙여지는 것과 같은 이율로 하며, 피보험자는 공탁금(이자를 포함합니다)의 회수청구권을 회사에 양도하여야 합니다.

제12조(양도)

보험의 목적의 양도는 회사의 서면동의 없이는 회사에 대하여 효력이 없으며, 회사가 서면 동意的한 경우 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 합니다. 다만, 의무보험인 경우에는 회사의 서면동의를 없는 경우에도 청약서에 기재된 사업을 양도하였을 때 계약으로 인하여 생긴 권리와 의무를 함께 양도한 것으로 봅니다.

제13조(조사)

- ① 회사는 보험목적에 대한 위험상태를 조사하기 위하여 보험기간 중 언제든지 피보험자의 시설과 업무내용을 조사할 수 있고 필요한 경우에는 그의 개선을 피보험자에게 요청할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 계약의 효력을 정지할 수 있습니다.
- ③ 회사는 이 계약의 중요사항과 관련된 범위 내에서는 보험기간 중 또는 회사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 날로부터 1년 이내에는 언제든지 피보험자의 회계장부를 열람할 수 있습니다.

제14조(계약 전 알릴 의무)

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 청약시 청약서(질문서를 포함합니다.)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다.(이하 「계약 전 알릴 의무」라 하며, 상법상 「고지의무」와 같습니다)

【계약 전 알릴 의무】

상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약할 때에 회사가 청약서에서 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반하는 경우 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

【계약 전 알릴 의무 이행 절차】

보험계약자, 피보험자는 보험에 가입할 때 청약서의 질문사항에 사실대로 기재하고 자필서명(전자서명 포함)을 해야 합니다(단, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에는 음성녹음으로 대체합니다).

【상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)】

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

【상법 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)】

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

【사례】

계약 청약을 하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴 사항에 아무런 기재도 하지 않았을 경우에는 보험설계사에게만 고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

제15조(계약 후 알릴 의무)

- ① 계약을 맺은 후 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자는 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.
 1. 청약서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
 2. 이 계약에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때
 3. 위험이 뚜렷이 변경되거나 변경되었음을 알았을 때
- ② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 계약자 또는 피보험자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다. 다만, 계약자 또는 피보험자가 알리지 않은

경우 회사가 알고 있는 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에는 계약자 또는 피보험자에게 도달한 것으로 봅니다.

제16조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 제14조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 때
 2. 뚜렷한 위험의 변경 또는 증가와 관련된 제15조(계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때
- ② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
 1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때
 3. 최초계약을 체결한 날(갱신형 계약의 경우 최초 계약 해당일을 말합니다)부터 3년이 지났을 때
 4. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 보통약관 제37조(해약환급금) **【1종(해약환급금미지급형Ⅱ(납입중0%,납입후50%))】** 제1항 또는 보통약관 제37조(해약환급금) **【2종(표준형)】** 제1항에 따른 해약환급금을 계약

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

자에게 지급합니다.

- ④ 제1항에 의한 계약의 해지가 손해발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 「반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다」라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.
- ⑤ 손해가 제1항에 해당되는 사실로 생긴 것이 아님을 계약자 또는 피보험자가 증명한 경우에는 제4항에 관계없이 보상하여 드립니다.
- ⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전·후 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.
- ⑦ 제24조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다. 다만, 부활(효력회복)이 여러차례 발생한 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

【중대한 과실】

주의의무의 위반이 현저한 과실, 「중대한 과실」, 즉 현저한 부주의, 태만의 경우로서 조금만 주의를 하였다면 충분히 피해의 발생을 막을 수 있었음에도 그 주의조차 태만히 한 높은 강도의 주의의무위반

제17조(사기에 의한 계약)

계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기 사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제18조(보험계약의 성립)

- ① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
- ② 회사는 보험목적 또는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나, 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

【보험가입금액 제한】

피보험자가 가입 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법을 말합니다.

【일부보장 제외(부담보)】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정 질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법을 말합니다.

- ③ 회사는 계약의 청약을 받고 제1회 보험료를 받은 경우에는 청약일부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율 + 1% 를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 청약일로부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑥ 제5항의 ‘청약일로부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 보통약관 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑦ 보통약관 제32조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제19조(타인을 위한 계약)

- ① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.
- ② 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

제20조(계약의 무효)

계약을 맺을 때에 보험의 목적에 이미 사고가 발생하였을 경우 이 계약은 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제21조(계약내용의 변경 등)

- ① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
 1. 보험종목
 2. 보험기간
 3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
 4. 계약자, 피보험자
 5. 보험가입금액(배상책임의 경우 보상한도액), 보험료 등 기타 계약의 내용

- ② 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.
- ③ 회사는 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액(배상책임의 경우 보상한도액)을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 계약이 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 보통약관 제37조(해약환급금) **【1종(해약환급금미지급형Ⅱ(납입중0%,납입후 50%))】** 제1항 또는 보통약관 제37조(해약환급금) **【2종(표준형)】** 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

【감액】

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것을 말합니다.(이에 따라 보험료, 보험금 및 해약환급금도 줄어듭니다)

- ④ 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

【부가설명】

계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 회사가 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급한 경우 변경된 보험수익자에게는 별도로 보험금을 지급하지 않습니다.

- ⑤ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.
- ⑥ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우, 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

【해약환급금 정산】

보험기간, 납입기간 등 계약내용의 변경이 있는 경우 이후기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환 받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

【보험가입금액 등의 감액 시 환급금】

보험가입금액, 보험료 등의 감액 시에는 환급금이 없거나 최초가입시 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

제22조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 제1회 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
- ② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

【보장개시일】

회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
 1. 제14조(계약 전 알릴 의무)의 규정에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

2. 제16조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제17조(사기에 의한 계약), 제20조(계약의 무효) 및 해당 배상책임 특별약관의 「보상하지 않는 손해」의 규정을 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우

제23조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

- ① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 계약자(타인을 위한 계약의 경우 그 특정된 타인을 포함합니다)에게 다음의 내용을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 계약이 해지되기 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 계약상의 보장을 합니다.
1. 계약자에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용 (이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약 대출 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다.)
- ② 제1항의 납입최고(독촉)기간은 납입최고(독촉)의 통지가 계약자(타인을 위한 계약의 경우에는 그 특정된 타인을 포함)에게 도달한 날부터 시작되며, 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.
- ③ 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

【납입최고(독촉)】

약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 것을 말합니다.

- ④ 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4-36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.
1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
 2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
 3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화 (음성녹음) 방법으로 전환하여 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
 4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
 5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것
- ⑤ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 보통약관 제37조(해약환급금) **【1종(해약환급금미지급형Ⅱ(납입중0%,납입후50%))】** 제1항 또는 보통약관 제37조(해약환급금) **【2종(표준형)】** 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제24조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 제23조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 이에 대한 연체된 보험료에 평균공시이율 + 1% 범위내에서 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 함

니다. 다만, 금리연동형보험은 각 보험상품별 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산합니다.

- ② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제14조(계약 전 알릴 의무), 제16조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제17조(사기에 의한 계약), 제18조(보험계약의 성립), 제22조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)의 규정을 준용합니다.
- ③ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시 제14조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제16조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

【부활(효력회복)】

보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해약환급금을 받지 않을 경우 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 것을 말합니다.

제25조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))

- ① 타인을 위한 계약의 경우 보통약관 제37조(해약환급금)에 따른 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납 처분절차에 의해 계약이 해지된 경우에는, 회사는 해지 당시의 피보험자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제21조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 피보험자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 피보험자에게 통지하여야 합니다.
- ② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙하며, 계약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.
- ③ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7일을 지나서 도달하고 이후 피보험자가 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.
- ④ 피보험자는 통지를 받은 날부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

【용어풀이】

1. 강제집행이란 국가의 집행기관이 채권자를 위하여 집행권원에 표시된 사법상의 청구권을 국가권력으로 강제적으로 실현시키는 것을 말합니다.
2. 담보권실행이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않는 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.
3. 국세 및 지방세 체납처분 절차란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해약환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다. 또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해약환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

제26조(중대사유로 인한 해지)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 2. 계약자 또는 피보험자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

【예시】

입원특약에 가입한 피보험자가 20일간 입원하였음에도 불구하고 입원확인서를 변조하여 입원일수 30일에 해당하는 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날로부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 회사는 입원일수 20일에 해당하는 보험금을 지급합니다.

- ② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 보통약관 제37조(해약환급금) **【1종(해약환급금미지급형Ⅱ(납입중0%,납입후50%))】** 제1항 또는 보통약관 제37조(해약환급금) **【2종(표준형)】** 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제27조(준용규정)

「배상책임 특별약관 일반조항」에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.
단, 보통약관 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금지급에 관한 세부규정), 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제14조(상해보험계약 후 알릴 의무) 및 제23조(계약의 소멸)은 제외합니다.

[1종, 2종] 8-1. 갱신형 가족일상생활중배상책임III보장 특별약관

제1조(보상하는 손해)

- ① 회사는 제2조(피보험자의 범위)에서 정한 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 다음에 열거하는 사고(이하 「사고」라 합니다)로 피해자에게 신체의 장해에 대한 법률상의 배상책임(이하 「대인 배상책임」이라 합니다) 또는 재물의 손해에 대한 법률상의 배상책임(이하 「대물 배상책임」이라 합니다)을 부담함으로써 입은 손해(이하 「배상책임손해」라 합니다)를 이 특별약관에 따라 보상합니다
 1. 피보험자가 주거용으로 살고 있는 주택과 주택의 소유자인 피보험자가 임대 등을 통해 주거를 허락한 자가 살고 있는 주택 중 보험증권에 기재된 하나의 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하 「주택」이라 합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 우연한 사고
 2. 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리를 제외합니다)로 인한 우연한 사고
 3. 제1호 및 제2호의 경우 피보험자의 배상책임으로 인한 손해에 한함
- ② 피보험자의 주거 이동 또는 주택에 대한 소유변동 등으로 제1항 제1호에 따라 보험증권에 기재된 주택이 변경되어야 하는 경우에는 보험회사에 지체 없이 통보하여야 합니다. 이 경우에는 통보된 주택의 사고에 대하여 보험회사가 보상책임을 부담합니다.
- ③ 제5조(보상하지 않는 손해) 제2항 제2호에도 불구하고, 제2항에 따른 사유가 발생하였으나 이를 통보하지 않아 보험증권상 기재된 주택과 실제 거주 또는 소유하게 된 주택이 다르게 된 경우에는, 피보험자가 보험증권에 기재된 주택에 거주 및 소유하지 않은 사실이 확인되고, 변경된 주택의 사용용도 등이 달라져 그 위험이 현저하게 증가하고 그로 인한 배

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

상책임이 발생한 사고가 아닌 경우에는 변경된 주택으로 인한 사고를 보상합니다.

제2조(피보험자의 범위)

- ① 제1조(보상하는 손해)의 피보험자라 함은 아래에 정한 보험증권에 기재된 피보험자 및 그 가족을 말합니다.
1. 보험증권에 기재된 피보험자(이하 '피보험자 본인'이라합니다.)
 2. 피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자
 3. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하고, 보험증권에 기재된 주택의 주민등록상 동거중인 동거친족(민법 제 777조)
 4. 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이하는 별거 중인 미혼자녀

【민법 제777조(친족의 범위)】

친족관계로 인한 법률상 효력은 이 법 또는 다른 법률에 특별한 규정이 없는 한 다음 각호에 해당하는 자에 미친다.

1. 8촌 이내의 혈족
2. 4촌 이내의 인척
3. 배우자

- ② 위 제1항에서 피보험자 본인과 본인 이외의 피보험자와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

제3조(보상하는 손해의 범위)

회사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금
2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용
 - 가. 피보험자가 「제1장 일반조항」 제10조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
 - 나. 피보험자가 「제1장 일반조항」 제10조(손해방지의무) 제1항 제2호의 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 그 권리를 지키거나 행사하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
 - 다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정 에 관한 비용
 - 라. 보험증권상 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나

회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.

마. 피보험자가 「제1장 일반조항」 제14조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

제4조(보험금 등의 지급한도)

- ① 회사는 제3조(보상하는 손해의 범위)의 손해에 대하여 다음과 같이 보상합니다.
 1. 제3조(보상하는 손해의 범위) 제1호의 손해배상금 : 이 특별약관의 보험가입금액(보상한도액)을 한도로 보상하되, 매회의 사고마다 자기부담금(「대물(누수사고) 배상책임」은 50만원, 「대물(누수 이외의 사고) 배상책임」은 20만원, 「대인 배상책임」은 없음)을 초과하는 경우에 한하여 그 초과하는 금액을 보험가입금액(보상한도액) 한도로 보상합니다.
 2. 제3조(보상하는 손해의 범위) 제2호 ‘가’목, ‘나’목 및 ‘마’목의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.
 3. 제3조(보상하는 손해의 범위) 제2호 ‘다’목 및 ‘라’목의 비용 : 이 비용과 제3조(보상하는 손해의 범위) 제1호에 의한 보상액의 합계액을 보상한도액 내에서 보상합니다.
- ② 제1항의 누수사고라 함은 피보험자의 주택 내 각종 급·배수설비(배관, 수관, 수조, 오수관, 우수관, 싱크대배관, 보일러배관, 난방배관 등 건물 내 설치된 모든 급·배수 설비를 지칭합니다.)를 비롯한 주택 건물 및 부대설비의 노후화, 하자, 결함 등으로 인하여 타인의 재물에 수침손해 또는 오염손해를 끼치게 되는 사고를 말합니다. 단, 화재사고 발생시 스프링클러 작동, 소방수 피해 등의 소방피해는 누수사고에 해당하지 않습니다.
- ③ 하나의 사고를 원인으로 대인 배상책임, 대물(누수사고) 배상책임 및 대물(누수 이외의 사고) 배상책임 중 두가지 이상이 동시에 발생하는 경우 각각의 보험사고로 보고 보상한도액과 자기부담금을 적용합니다.

제5조(보상하지 않는 손해)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 배상책임을 부담함으로써 입

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

은 손해는 보상하지 않습니다.

1. 계약자, 피보험자(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관) 또는 이들의 법정대리인의 고의
2. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
3. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
4. 핵연료물질 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고
5. 제4호 이외의 방사선을 쬔 것 또는 방사능 오염

【핵연료물질】 사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】 원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

② 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 아래의 사유로 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자의 직무수행에 직접적인 원인으로 하는 배상책임
2. 보험증권에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임
3. 피보험자의 피용인이 피보험자의 업무에 종사 중에 입은 신체의 장애로 인한 배상책임
4. 피보험자와 타인 간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 따라 가중된 배상책임
5. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
6. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼치는 손해에 대하여는 그러하지 않습니다.
7. 피보험자의 심신상실로 인한 배상책임
8. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
9. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것은 제외합니다), 총기(공기총은 제외합니다)의 소유, 사용, 관리로 인한 배상책임

10. 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.
11. 폭력행위로 인한 배상책임
12. 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
13. 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임
14. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임

제6조(특별약관의 갱신)

이 특별약관은 제도성 특별약관 「9-6. 자동갱신 적용대상 특별약관」에 따라 갱신됩니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관에서 규정하는 보상하는 손해가 더 이상 발생할 수 없는 경우 이 특별약관은 소멸되며, 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 그때까지 적용한 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급합니다.
- ② 제1항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 「제1장 일반조항」 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 「제1장 일반조항」 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않는 사항은 5-0. 배상책임 관련 특별약관 일반조항을 따릅니다.

IX. 제도성 특별약관



9-1. 출생전자녀가입 특별약관

제1조(용어의 정의)

이 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 다음과 같습니다.

용 어	정 의
태아	계약을 체결 할 때에 출생하지 않은 자(자녀)로 피보험자가 될 자를 말합니다.
임신부	위의 태아를 임신하고 있는 여성을 말합니다.
출생일	피보험자의 가족관계등록부 또는 주민등록등본에 기재된 출생 일로서 주민등록번호 앞의 6자리를 기준으로 합니다.
출생예정일	계약체결시 청약서에 기재된 출생예정일 또는 임신 주수를 기준으로 계산된 출생예정일을 말합니다.
태아보장기간	계약체결일로부터 출생시점(출산 또는 분만 과정에서 보험금 지급사유가 발생하는 경우 포함)까지의 기간을 말합니다.
태아위험보장	태아보장기간에 대한 보험료를 추가로 납입하고 계약일로부터 출생시점까지 발생한 위험을 보장하는 것을 말합니다. 따라서, 태아보장기간 이후에도 태아보장기간 중에 발생한 위험을 원인으로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에도 보험금을 지급합니다.

제2조(피보험자의 범위)

- ① 이 특별약관은 보통약관의 계약을 체결할 때 피보험자로 될 자가 태아인 계약에 대하여 적용합니다.
- ② 제1항의 태아는 출생을 조건으로 계약 체결 시점에 소급하여 피보험자가 됩니다.

제3조(계약의 체결 및 효력)

- ① 이 특별약관은 보통약관의 보험계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보통약관에 부가하여 이루어집니다.
- ② 이 특별약관의 효력발생일은 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일에 시작하여 제4조(출생통지)에서 정한 출생통지를 한 기간까지 적용됩니다.
- ③ 회사는 보통약관 제19조(보험계약의 성립) 제2항에도 불구하고, 태아에 대한 계약자의 청약 승낙여부를 판단하기 위하여 임신부의 가입연령 및 건강상태, 직무 등을 확인할 수 있습니다.
- ④ 회사는 제3항에 따라 승낙을 거절하거나, 별도의 조건(보험가입금액의 제한, 일부보장 제외, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ⑤ 보통약관이 해지, 기타사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제4조(출생통지)

- ① 계약자는 태아가 출생한 경우에는 지체없이 다음의 서류를 제출하여 이를 회사에 알려야 합니다.
 1. 피보험자의 가족관계증명서 또는 주민등록등본
 2. 회사가 요구하는 그밖의 서류
- ② 회사의 제1항의 알림이 있는 경우 다음 각 호의 사항을 확정합니다.
 1. 피보험자의 성별
 2. 출생일
 3. 출생일 기준의 태아보장기간 및 출생일 이후의 보험기간 및 납입기간
- ③ 회사는 제1항 및 제2항의 확정이 있는 경우에는 보험증권에 기재하여 드립니다.

제5조(유산 또는 사산 등)

- ① 태아가 유산 또는 사산 등에 의해 출생하지 못한 경우에는 이 계약(다만, 피보험자가 부양자인 「Ⅶ. 부양자관련 특별약관」은 제외합니다)을 무효로 합니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ② 계약자는 제1항의 사실이 발생한 경우에는 다음의 서류를 제출하여 이를 회사에 알려야 합니다.
1. 통지서(회사양식)
 2. 의사 또는 조산원의 유산, 사산 등을 증명하는 서류
 3. 최종보험료 영수증
 4. 보험증권
- ③ 회사는 제2항의 알림이 있는 경우에는 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.

제6조(복수출생의 경우)

- ① 태아가 복수로 출생한 경우에 계약자는 피보험자 각각을 지정할 수 있으며, 회사는 이에 따릅니다.
- ② 제1항의 피보험자가 출생한 날로부터 1년 이내에 사망하고 동시에 출생한 자가 생존하여 있는 경우에는 계약자는 피보험자가 사망한 날로부터 1개월 이내에 한하여 동시에 출생한 자 가운데 1인을 피보험자로 할 수 있습니다.
- ③ 계약자가 제2항의 변경을 청구한 때에는 다음 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 새로 피보험자로 될 자의 가족관계증명서 또는 주민등록등본
 3. 보험증권
- ④ 제2항의 변경을 회사가 승인한 때에는 원래의 피보험자의 사망시로 소급하여 그 변경이 행해진 것으로 하여 회사는 그 때부터 변경후의 피보험자에 대해서 계약상의 책임을 집니다.
- ⑤ 제1항 내지 제2항의 경우에는 보험증권에 기재하여 드립니다.
- ⑥ 제2항의 피보험자 변경이 이루어진 경우에는 변경 전 피보험자에 대한 사망보험금이 지급되지 않습니다.
- ⑦ 계약자가 원래의 피보험자를 고의로 사망케 한 경우에는 제2항의 피보험자 변경을 하지 않습니다.
- ⑧ 신생아장해출생진단비, 신생아질병입원일당(4일이상120일한도), 저체중아입원일당(3일이상60일한도) 및 극소저체중아입원일당(3일이상60일한도) 특별약관은 제1항 내지 제7항을 적용하지 않습니다.

제7조(보험나이 등의 계산 및 특례)

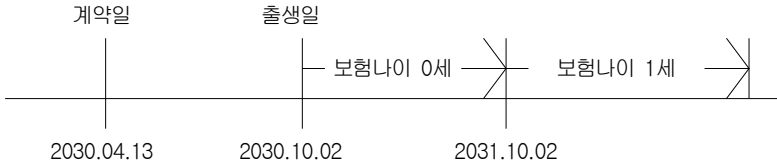
- ① 보통약관 제24조(보험나이 등)에서 적용하는 피보험자의 보험나이는 출생일에 0세로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 계약자가 출생예정일 이후에도 제4조(출생통지)에서 정한 출생통지를 하지 않은 경우, 출생예정일에 0세로 하고 그 출생통지에 따른 확정이 이루어지기 전까지 출생일은 출생예정일로 합니다.
- ③ 이 계약의 계약해당일은 태아보장기간에는 최초계약일, 출생일 이후에는 출생일로 합니다.

예 시

· 보험나이 계산

현재(계약일) : 2030년 4월 13일

출생예정일 : 2030년 10월 5일, 출생일 : 2030년 10월 2일



· 계약해당일 계산

출생일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 태아가 출생하기 전에는 최초계약일과 동일한 월, 일을 적용합니다. 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

출생일: 2030년 10월 2일 => 계약해당일: 10월 2일

출생일: 2030년 2월 29일 => 계약해당일: 2월 말일

제8조(보험료의 적용에 관한 사항)

- ① 계약 체결시 피보험자가 태아일 경우 계약일부터 출생시점까지의 태아보장기간에 태아위험보장을 위한 보장보험료를 적용합니다. 또한 피보험자 남자 기준 보장보험료의 합계액과 피보험자 여자 기준 보장보험료의 합계액 중 높은 보험료를 기준으로 적용합니다.
- ② 출생예정일이 도래한 경우 차회 이후의 보장보험료는 보험나이 0세 기준으로 변경하여 적용합니다. 그 보장보험료는 계약체결시의 보험요율에

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

관한 제도를 반영하여 계산하며, 피보험자 남자 기준 보장보험료의 합계액과 피보험자 여자 기준 보장보험료의 합계액 중 높은 보험료를 기준으로 적용합니다.

- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고, 제4조(출생통지) 제2항의 확정이 있는 경우 제9조(보험료 정산에 관한 사항)에 따라 보험료 정산이 발생할 수 있습니다.

제9조(보험료 정산에 관한 사항)

- ① 계약자가 제4조(출생통지) 제2항에서 확정된 내용이 다음에 해당하는 경우에는 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 변경된 보험료로 정산합니다.
1. 계약체결시 적용한 성별과 출생시 성별이 다른 경우
 2. 계약체결시 출생예정일과 출생일이 다른 경우
- ② 제1항에 따라 보험료를 정산하는 경우, 회사가 지급하여야할 금액이 있을 때에는 이를 계약자에게 지급하고 부족한 금액이 있을 때에는 계약자가 이를 회사에 납입하여야 합니다.
- ③ 제2항에 따른 금액은 제1항에 따라 계산된 정산보험료와 이에 대한 이자(정산보험료를 정산일까지의 기간에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액)를 더한 금액으로 합니다.
- ④ 제1항에 따라 보험료를 정산한 이후에 보험료가 변경될 경우 계약자는 변경된 보험료를 납입하여야 합니다.

예시(제1항 제2호 출생일 변경에 따른 보험료 정산 예시)

- 출산예정일 : 계약일 + 6개월
- 태아등록(출생일확정)일 : 계약일 + 1년 (총 12회 납입)
- 보험료(월납) : 태아 100원 / 0세 10,000원

구 분	예정일 1개월 전 출산	예정일 1개월 후 출산
납입 보험료	60,600원 (= 6회*100원 + 6회*10,000원)	
필요 보험료	70,500 (= 5회*100원 + 7회*10,000원)	50,700원(= 7회*100원 + 5회*10,000원)
정산 금액	9,900원 추징	9,900원 환급

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

9-2. 특정 신체부위질병 보장제한부 인수 특별약관

제1조(특별약관의 체결 및 효력)

- ① 이 특별약관은 보험계약(기본계약을 말하며, 특별약관이 부가된 경우에는 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 보험회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 또는 보험계약을 체결한 후 계약 전 알릴 의무 위반의 효과 등으로 보장을 제한할 경우 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어 집니다. (이하 보험계약자는 「계약자」, 보험회사는 「회사」라 합니다)
- ② 제1항에 따라 이 특별약관을 부가할 때 피보험자의 과거 병력과 의학적으로 인과관계가 있다는 의사의 소견이 있는 경우 또는 인과관계가 경험통계적으로 유의성 있게 확인된 경우 등과 같이 회사의 계약사정기준에 따라 직접 관련이 있는 특정신체부위 또는 특정질병으로 제한하며, 부담보 설정 범위 및 사유를 계약자에게 설명하여 드립니다.
- ③ 이 특별약관에 대한 회사의 보장개시일은 보험계약 「제1회 보험료 및 회사의 보장개시」에서 정한 보장개시일과 동일합니다.
- ④ 제3항의 재진단 또는 치료를 받지 않은 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.
 1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
 2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우
- ⑤ 계약이 해지, 기타사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력이 없습니다.
- ⑥ 이 특별약관에서 정한 보장개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 보험계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각 호의 경우에는 계약을 무효로 하지 않습니다.
 1. 이 특별약관 제2조(특별면책조건의 내용) 제1항 제1호에서 정한 특

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

정신체부위에 발생한 질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정신체부위에 질병이 발생한 경우

2. 이 특별약관 제2조(특별면책조건의 내용) 제1항 제2호에서 정한 특정질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제2조(특별면책조건의 내용)

- ① 이 특별약관에서 정한 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간 중에 다음 각 호의 질병을 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 회사는 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 진단확정된 질병으로 인하여 사망하거나 또는 진단확정된 질병으로 **【별표1】『장해분류표』**에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태를 보장하는 보험계약에서 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 이를 적용하지 않습니다.
 1. **【별표92-1】『특정 신체부위 분류표』** 중에서 회사가 지정한 신체부위(이하「특정신체부위」라 합니다)에 진단확정된 질병 또는 특정신체부위에 진단확정된 질병의 전이로 인하여 특정신체부위 이외의 부위에 진단확정된 질병(단, 전이는 합병증으로 보지 않습니다)
 2. **【별표92-2】『특정질병 분류표』** 중에서 회사가 지정한 질병(이하「특정질병」이라 합니다)
- ② 제1항의 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간(이하「부담보 기간」라 합니다)은 특정신체부위 또는 특정질병의 상태에 따라「1개월부터 5년」또는「보험계약의 보험기간 전체」로 하며, 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정기준을 따릅니다. 다만, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라 다르게 적용할 수 있습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 보험업법 제97조 제1항 제5호 및 동법 시행령 제43조의2 제1항에 따른 보장내용 등이 비슷한 보험계약(이하「유사계약」이라 합니다)이 계약 청약일 현재 유지중이거나, 계약 청약일 전 6개월 이내에 계약자 및 피보험자의 요구 또는 보험료 납입 연체로 해지된 경우

유사계약에서 정한 부담보 기간 종료일 이내에서 계약의 부담보 기간을 적용하고, 유사계약에서 정한 질병과 동일하거나 축소된 범위로 계약의 부담보 설정 범위를 정하며, 유사계약이 다수인 경우 피보험자에게 가장 유리한 계약조건을 적용합니다. 단, 유사계약 청약일 이후 제1항 제1호 또는 제2호에서 정한 질병과 관련한 새로운 위험(재진단·치료 등은 해당하지 않습니다)이 발생하거나, 새로운 질병에 대한 보장이 추가(입원비, 수술비, 진단비 등 보장 범위의 변경 또는 확대는 해당하지 않습니다)된 경우 이를 적용하지 아니할 수 있습니다.

- ④ 제2항에서 회사가 부담보 기간을 「보험계약의 보험기간 전체」로 적용한 경우 최초 계약 청약일로부터 5년 이내에 제1항 제1호에서 지정한 특정 신체부위에 발생한 질병(특정신체부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정신체부위 이외의 부위에 발생한 질병 포함) 또는 제1항 제2호에서 지정한 특정질병으로 재진단 또는 치료를 받지 않은 경우에는 최초 계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관을 적용하지 않습니다. 단, 계약 청약일 현재 부담보 기간을 「계약의 보험기간」으로 적용한 유사계약이 유지중이거나, 계약 청약일 전 6개월 이내에 계약자 및 피보험자의 요구 또는 보험료 납입 연체로 해지된 경우 유사계약 청약일과 계약 청약일 사이에 제1항 제1호 또는 제2호에서 정한 질병으로 재진단 또는 치료를 받지 않았다면 계약의 청약일은 유사계약의 청약일로 봅니다.
- ⑤ 제4항의 계약 청약일로부터 5년이내라 함은 보통약관 보험료 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말하며, 보통약관 보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)에서 정한 계약의 부활이 발생한 경우 부활을 청약한 날을 제3항의 청약일로 합니다.
- ⑥ 제4항의 재진단 또는 치료를 받지 않은 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.
 1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
 2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우
- ⑦ 제1항의 규정에도 불구하고 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 보

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

보험금을 지급하며, 보험료 납입면제사유가 발생한 경우 회사는 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

1. 제1항 제1호에서 지정한 특정신체부위에 발생한 질병의 합병증으로 인하여 특정신체부위 이외의 신체부위에 발생한 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 경우
 2. 제1항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인하여 발생한 특정질병 이외의 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 경우
 3. 상해를 직접적인 원인으로 하여 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우 또는 납입면제사유가 발생한 경우
- ⑧ 피보험자가 제2항에 따라 회사에서 정한 “부담보 기간”의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 “부담보 기간” 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.
- ⑨ 피보험자에게 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생했을 경우, 그 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 특정신체부위 또는 특정질병을 직접적인 원인으로 발생한 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유 인지 아닌지는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.
- ⑩ 제1항의 특정신체부위와 특정질병을 합하여 4개 이내에서 선택하여 부가할 수 있습니다.

제3조(해지된 특별약관의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보험계약「보험료의 납입을 면제하여 해지된 계약의 부활(효력회복)」에 따라 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

9-3. 보험료자동납입 특별약관

제1조(보험료 납입)

- ① 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다)는 이 특별약관에 따라 계약자의 거래은행 지정 계좌를 이용하여 보험료를 자동납입 합니다.
- ② 제1항에 의하여 제1회 보험료의 납입방법을 계약자의 거래은행 지정 계좌를 통한 자동납입으로 가입하고자 하는 경우에, 보험회사(이하 「회사」라 합니다)는 청약서를 접수하고 자동이체신청에 필요한 정보를 제공한 때(다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 거래은행의 지정 계좌로부터 제1회 보험료가 이체된 날을 기준으로 합니다)를 청약일 및 제1회 보험료 납입일로 하여 보험계약(기본계약을 말하며, 특별약관이 부가된 경우에는 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다) 「보험계약의 성립」의 규정을 적용합니다.

제2조(보험료의 영수)

자동납입일자는 이 보험계약청약서에 기재된 보험료 납입해당일에도 불구하고 회사와 계약자가 별도로 약정한 일자로 합니다.

제3조(계약 후 알릴 의무)

계약자는 지정계좌의 번호가 변경되거나 폐쇄 또는 거래 정지된 경우에는 이 사실을 회사에 알려야 합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

9-4. 이륜자동차 운전 및 탑승중 상해 부담보 특별약관

제1조(특별약관의 체결 및 효력)

- ① 이 특별약관은 보험계약(기본계약을 말하며, 특별약관이 부가된 경우에

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

는 그 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 피보험자가 이륜자동차의 소유, 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동 등으로 주기적으로 운전하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외), 관리로 인하여, 이륜자동차 운전으로 인한 위험도가 보험회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다. (이하 보험회사는 「회사」, 보험계약자는 「계약자」라 합니다)

- ② 이 특별약관의 효력발생일은 보험계약 「제1회 보험료 및 회사의 보장개시」에서 정한 보장개시일과 동일합니다.
- ③ 보험계약이 해지, 기타사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력이 없습니다.
- ④ 제1항에서 「이륜자동차」라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 이륜자동차로 총배기량 또는 정격출력(전기로 동력을 발생하는 구조인 것을 말함)의 크기와 관계없이 1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 이륜의 자동차 및 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자동차를 말하며, 도로교통법(하위법령, 규칙 포함)에 정한 “원동기장치자전거”를 포함합니다.
 - 1. 이륜인 자동차에 측차를 붙인 자동차
 - 2. 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 원동기 냉각방식 등이 이륜의 자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차로서 승용자동차에 해당하지 않는 자동차
 - 3. 전동기를 이용한 동력발생장치를 사용하는 삼륜 또는 사륜의 자동차로서 승용자동차에 해당하지 않는 자동차

퍼스널모빌리티(세그웨이, 전동휠, 전동킥보드 등)는 자동차관리법에 정한 "이륜자동차", 도로교통법에 정한 "원동기장치자전거"에 포함됩니다.

- ⑤ 제2항 및 제3항에서 자동차관리법(하위 법령, 규칙 포함) 및 도로교통법(하위 법령, 규칙 포함)변경시 변경된 내용을 적용합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보험계약의 내용에도 불구하고 보험증권에 기재된 피보험자가 보

험기간 중에 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다. 이하 같습니다.)하는 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 상해사고(이하 「보험사고」라 합니다)를 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 피보험자가 이륜자동차를 직업, 직무 또는 동호회 활동 등 주기적으로 운전하는 사실을 회사가 입증하지 못한 때에는 보험금을 지급합니다.

- ② 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우 그 사고가 이륜자동차를 운전하는 도중에 발생한 사고인가 아닌가는 관할 경찰서에서 발행한 교통사고 사실확인원 등을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.

제3조(해지된 특별약관의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보험계약 「보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)」에 따라 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

9-5. 지정대리청구서비스 특별약관

제1조(적용대상)

이 특별약관은 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다), 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 보험계약(기본계약을 말하며, 특별약관이 부가된 경우에는 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다)에 적용합니다.

제2조(특별약관의 체결 및 소멸)

- ① 이 특별약관은 계약자의 청약과 보험회사(이하 「회사」라 합니다)의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- ② 제1조(적용대상)의 보험계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력이 없게 된 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제3조(지정대리청구인의 지정)

- ① 계약자는 보험계약에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중에서 보험금의 대리청구인(2인 이내에서 지정하되, 2인 지정 시 대표대리인을 지정)으로 지정할 수 있습니다. 또한, 지정대리청구인은 제4조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경지정 또는 보험금 청구시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.
1. 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
 2. 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항에도 불구하고 지정대리청구인이 지정된 이후에 제1조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제4조(지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제5조(보험금 지급 등의 절차)

- ① 지정대리청구인은 제6조(보험금의 청구)에 정한 구비서류 및 제1조(적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있

음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제1조(적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.

- ② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(장해진단서, 입원치료확인서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
5. 기타 지정대리청구인이 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

9-6. 자동갱신 적용대상 특별약관

제1조(특별약관의 적용)

이 자동갱신 적용대상 특별약관(이하 「특별약관」 이라 합니다)은 무배당 NH굿스타트건강보험2504의 특별약관 중 VI.갱신형 특별약관에 해당하는 특별약관 및 「8-1. 갱신형 가족일상생활중배상책임III보장 특별약관」 으로(이

▶▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

하 「자동갱신 적용대상 계약」이라 합니다)의 자동갱신에 대하여 회사와 계약자간에 합의가 되었을 경우에 적용합니다.

VI. 갱신행 보장 특별약관에 해당하는 보장 특별약관

- [1종, 2종] 6-1. 갱신행 통합상해진단비(연간회한)보장 특별약관
- [1종, 2종] 6-2. 갱신행 암진단비(유시암제외)보장 특별약관
- [1종, 2종] 6-3. 갱신행 통합암진단비(유시암제외)보장 특별약관
- [1종, 2종] 6-4. 갱신행 중증질환자(암)산정특례대상(후전이암진단비)(최초회한)보장 특별약관
- [1종, 2종] 6-5. 갱신행 중증질환자(암)산정특례대상(최초회한)보장 특별약관
- [1종, 2종] 6-6. 갱신행 항암방사선치료후5대합병증진단비(최초회한)보장 특별약관
- [1종, 2종] 6-7. 갱신행 항암방사선치료후4대합병증진단비(최초회한)보장 특별약관
- [1종, 2종] 6-8. 갱신행 갑상선비늘생검조직병리진단비(급여)(연간회한)보장 특별약관
- [1종, 2종] 6-9. 갱신행 유방비늘생검조직병리진단비(급여)(연간회한)보장 특별약관
- [1종, 2종] 6-10. 갱신행 중증질환(뇌혈관)산정특례대상(최초회한)보장 특별약관
- [1종, 2종] 6-11. 갱신행 중증질환(뇌혈관)산정특례대상(연간회한)보장 특별약관
- [1종, 2종] 6-12. 갱신행 중증질환(심장)산정특례대상(최초회한)보장 특별약관
- [1종, 2종] 6-13. 갱신행 중증질환(심장)산정특례대상(연간회한)보장 특별약관
- [1종, 2종] 6-14. 갱신행 중증화상산정특례대상(최초회한)보장 특별약관
- [1종, 2종] 6-15. 갱신행 중증외상산정특례대상(연간회한)보장 특별약관
- [1종, 2종] 6-16. 갱신행 중증난치질환자(치매제외)산정특례대상(최초회한)보장 특별약관
- [1종, 2종] 6-17. 갱신행 허귀질환자산정특례대상(최초회한)보장 특별약관
- [1종, 2종] 6-18. 갱신행 결핵질환자산정특례대상(최초회한)보장 특별약관
- [1종, 2종] 6-19. 갱신행 다빈치로봇암수술비(특정암제외)(최초회한)보장 특별약관
- [1종, 2종] 6-20. 갱신행 다빈치로봇암수술비(특정암)(최초회한)보장 특별약관
- [1종, 2종] 6-21. 갱신행 암주요치료비(유시암제외)(진단후10년,연간회한)보장 특별약관
- [1종, 2종] 6-22. 갱신행 유시암주요치료비(진단후10년,연간회한)보장 특별약관
- [1종, 2종] 6-23. 갱신행 암주요치료비(유시암제외)(종합병원, 진단후10년,연간회한)보장 특별약관
- [1종, 2종] 6-24. 갱신행 유시암주요치료비(종합병원, 진단후10년,연간회한)보장 특별약관
- [1종, 2종] 6-25. 갱신행 암주요치료비(유시암제외)(상급종합병원, 진단후10년,연간회한)보장 특별약관
- [1종, 2종] 6-26. 갱신행 유시암주요치료비(상급종합병원, 진단후10년,연간회한)보장 특별약관
- [1종, 2종] 6-27. 갱신행 암주요치료비(유시암제외)(진단후10년,치료별연간회한)보장 특별약관
- [1종, 2종] 6-28. 갱신행 유시암주요치료비(진단후10년,치료별연간회한)보장 특별약관
- [1종, 2종] 6-29. 갱신행 암주요치료비(유시암제외)(종합병원, 진단후10년,치료별연간회한)보장 특별약관
- [1종, 2종] 6-30. 갱신행 유시암주요치료비(종합병원, 진단후10년,치료별연간회한)보장 특별약관
- [1종, 2종] 6-31. 갱신행 암주요치료비(유시암제외)(상급종합병원, 진단후10년,치료별연간회한)보장 특별약관
- [1종, 2종] 6-32. 갱신행 유시암주요치료비(상급종합병원, 진단후10년,치료별연간회한)보장 특별약관

VI. 갱신형 보장 특별약관에 해당하는 보장 특별약관	
[1종, 2종]	6-33. 갱신형 표적항암약물허가치료비(최초1회한)보장 특별약관
[1종, 2종]	6-34. 갱신형 표적항암약물허가치료비(연간1회한)보장 특별약관
[1종, 2종]	6-35. 갱신형 특정면역항암약물허가치료비(최초1회한)보장 특별약관
[1종, 2종]	6-36. 갱신형 특정면역항암약물허가치료비(연간1회한) 보장 특별약관
[1종, 2종]	6-37. 갱신형 특정항암호르몬약물허가치료비(기타피부암/갑상선암제외)(최초1회한)보장 특별약관
[1종, 2종]	6-38. 갱신형 특정항암호르몬약물허가치료비(기타피부암/갑상선암제외)(연간1회한)보장 특별약관
[1종, 2종]	6-39. 갱신형 항암방사선(세기조절)치료비(최초1회한)보장 특별약관
[1종, 2종]	6-40. 갱신형 항암방사선(양성자)치료비(최초1회한)보장 특별약관
[1종, 2종]	6-41. 갱신형 특정부인과질환 고강도초음파집속술(HIFU)치료비(최초1회한)보장 특별약관
[1종, 2종]	6-42. 갱신형 특정부인과질환 고강도초음파집속술(HIFU)치료비(연간1회한)보장 특별약관
[1종, 2종]	6-43. 갱신형 특정유방병변진공흡인절제치료비(최초1회한)보장 특별약관
[1종, 2종]	6-44. 갱신형 특정유방병변진공흡인절제치료비(연간1회한)보장 특별약관
[1종, 2종]	6-45. 갱신형 독감(인플루엔자)항바이러스제치료비(연간1회한)보장 특별약관
[1종, 2종]	6-46. 갱신형 추가판탈출종신경치단술치료비(급여)(연간1회한)보장 특별약관

제2조(자동갱신 적용대상 계약의 자동갱신)

- ① 자동갱신 적용대상 계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 이 특별약관의 보험기간 종료일의 전일까지 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 자동갱신 적용대상 계약(이하 「갱신 전 보장계약」 이라 합니다)이 만기되는 날의 다음날(이하 「갱신일」 이라 합니다)에 동일한 보장내용으로 갱신되는 것으로 합니다.
 1. 갱신될 자동갱신 적용대상 계약(이하 「갱신계약」 이라 합니다) 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
 2. 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
 3. 갱신 전 보장계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ② 갱신계약은 종전의 계약이 만기되는 날의 보장내용과 동일합니다.
- ③ 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 것으로 합니다. 다만, 갱신일의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이(최초계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이를 말합니다)까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 하여 갱신합니다.

【갱신형 보장의 보험기간】					
34세 피보험자가 10년 갱신, 갱신종료나이를 80세로 하여 갱신형 보장을 가입하는 경우					
	10년	10년	10년	10년	6년
갱신시점의 나이	34세	44세	54세	64세	74세 80세

제2-1조(보장내용이 변경되는 자동갱신 적용대상 계약의 갱신 의사 확인)

- ① 제2조(자동갱신 적용대상 계약의 자동갱신)의 조항에도 불구하고 법령 및 금융위원회의 명령, 제도적인 약관개정에 따라 갱신계약의 보장내용이 변경되는 경우에는 회사는 자동갱신 의사를 계약자에게 확인합니다.
- ② 제1항에 따라 자동갱신 의사를 계약자에게 확인하는 경우에는 갱신대상 보장계약의 보험기간이 끝나는 날 이전까지 그 내용을 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 안내하여 드립니다.
- ③ 회사는 계약자의 자동갱신 의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 자동갱신 의사가 확인 되는 경우에는 제2조(자동갱신 적용대상 계약의 자동갱신)의 조항에도 불구하고 갱신계약은 갱신일 현재의 약관으로 갱신됩니다. 다만, 계약자가 자동갱신을 원하지 않는 경우에는 갱신일에 변경 전 계약은 만료 됩니다.
- ④ 제2항에 따라 계약자에게 안내하였음에도 불구하고 회사가 계약자의 자동갱신 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우를 포함합니다)에는 갱신계약은 갱신일 현재의 약관으로 갱신됩니다. 다만, 계약자는 갱신일로부터 90일 이내에 갱신계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 해당 계약의 보험료를 돌려드립니다.

제3조(자동갱신 적용)

- ① 회사는 갱신계약에 대하여 갱신전 약관을 적용하며(법령 및 금융위원회

의 명령, 제도적인 악관개정에 따라 악관이 변경된 경우에는 변경된 악관 적용), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료가 개정된 경우에는 갱신계약에 대해서 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.

- ② 회사는 제2조(자동갱신 적용대상 계약의 자동갱신)에서 정한 갱신제한 사유 및 제1항의 갱신계약 보험료에 대하여 갱신대상 보장계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 안내하여 드립니다.
- ③ 갱신계약의 보험증권은 별도로 발행하지 않습니다.
- ④ 보통약관 제28조(보험료의 납입연체)에도 불구하고 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입연체를 적용하지 않으며, 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다.

제4조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

- ① 계약자가 갱신전 보장계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일)이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료가 납입되지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 이 특별약관을 해제합니다.
- ② 납입최고(독촉)기간의 말일이 토요일 또는 공휴일에 해당한 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음의 최초의 평일에 만료됩니다.
- ③ 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제5조(자동갱신 적용대상 계약의 보장개시)

제3조(자동갱신 적용)의 규정에 따라 계약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보장개시는 갱신일 당일부터 개시됩니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

9-7. 전자서명 특별약관

제1조(적용대상)

이 특별약관은 전자서명을 포함한 전자문서 작성 및 제공에 대한 사전동의(사전동의서를 통한 동의)를 받은 보험계약에 적용됩니다.

제2조(특별약관의 체결 및 소멸)

- ① 이 특별약관은 보험계약(기본계약을 말하며, 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 이 특별약관을 통하여 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명(이하 “전자서명”이라 합니다)으로 계약을 청약할 수 있으며, 전자서명은 자필서명과 동일한 효력을 갖는 것으로 합니다.

【전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명】

서명자를 확인하고 서명자가 해당 전자문서에 서명을 하였음을 나타내는데 이용하기 위하여 당해 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.

제3조(약관교부의 특례)

- ① 계약자가 동의하는 경우 상품설명서, 보험약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권 등(이하 “보험계약 안내자료”라 합니다)을 광기록매체 및 전자우편 등 전자적 방법으로 교부하고, 계약자 또는 그 대리인이 보험계약 안내자료를 수령하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.
- ② 계약자가 보험계약 안내자료에 대하여 전자적 방법의 수령을 원하지 않는 경우에는 청약한 날로부터 5영업일 이내에 보험계약 안내자료를 우편 등의 방법으로 계약자에게 드립니다.

제4조(계약자의 알릴 의무)

- ① 계약자가 제3조(약관교부의 특례) 제1항에 정한 방법으로 보험계약 안내 자료를 수령하고자 하는 경우 계약을 청약할 때 보험계약 안내자료를 수령할 전자우편(이메일) 주소를 지정하여 회사에 알려야 합니다.
- ② 제1항에서 지정한 전자우편(이메일) 주소가 변경되거나 사용 정지된 경우에는 그 사실을 지체없이 회사에 알려야 합니다.
- ③ 제1항 또는 제2항에서 지정한 전자우편(이메일) 주소를 사실과 다르게 알리거나 알리지 않은 경우에는 회사가 알고 있는 최근의 전자우편(이메일) 주소로 보험계약 안내자료를 교부함으로써 회사의 보험계약 안내자료 제공의무를 다한 것으로 보며, 전자우편(이메일) 주소를 사실과 다르게 알리거나 알리지 않아 발생하는 불이익은 계약자가 부담합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

9-8. 장애인전용보험전환 특별약관

제1조(적용범위)

- ① 이 특별약관은 회사가 정한 방법에 따라 계약자가 청약(請約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 다음 각 호의 조건을 모두 만족하는 보험계약(이하 “전환대상계약”이라 합니다)에 대하여 장애인전용보험으로 전환을 청약하는 경우에 적용합니다.
 1. 소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제2호에 따라 보험료가 특별세액공제의 대상이 되는 보험

【소득세법 제59조의 4 (특별세액공제)】

근로소득이 있는 거주자(일용근로자는 제외한다. 이하 이 조에서 같다)가 해당 과세기간에 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험의 보험계약에 따라 지급하는 다음 각 호의 보험료를 지급한 경우 그 금액의 100분의 12(제1호의 경우에는 100분의 15)에 해당하는 금액을 해당 과세기간의 종합소득산출세액에서 공제한다. 다만, 다음 각 호의 보험료 별로 그 합계액이 각각 연 100만원을 초과하는 경우 그 초과하는 금액은 각각 없는

것으로 한다.

1. 기본공제대상자 중 장애인을 피보험자 또는 수익자로 하는 장애인전용보험으로서 대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료
2. 기본공제대상자를 피보험자로 하는 대통령령으로 정하는 보험료(제1호에 따른 장애인전용보장성보험료는 제외한다)

【소득세법 시행령 제118조의 4 (보험료 세액공제)】

- ① 법 제59조의 4 제1항 제1호에서 "대통령령으로 정하는 장애인전용보장성 보험료"란 제2항 각 호에 해당하는 보험·공제로서 보험·공제 계약 또는 보험료·공제로 납입영수증에 장애인전용 보험·공제로 표시된 보험·공제의 보험료·공제료를 말한다.
- ② 법 제59조의 4 제1항 제2호에서 "대통령령으로 정하는 보험료"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 보험·보증·공제의 보험료·보증료·공제료 중 기획재정부령으로 정하는 것을 말한다.
 1. 생명보험
 2. 상해보험
 3. 화재·도난이나 그 밖의 손해를 담보하는 가계에 관한 손해보험
 4. 「수산업협동조합법」, 「신용협동조합법 또는 「새마을금고법」에 따른 공제
 5. 「군인공제회법」, 「한국교직원공제회법」, 「대한지방행정공제회법」, 「경찰공제회법」 및 「대한소방공제회법」에 따른 공제
 6. 주택 임차보증금의 반환을 보증하는 것을 목적으로 하는 보험·보증. 다만, 보증대상 임차보증금이 3억원을 초과하는 경우는 제외한다.

【소득세법 시행규칙 제61조의 3 (공제대상보험료의 범위)】

영 제118조의 4 제2항 각 호 외의 부분에서 "기획재정부령으로 정하는 것"이란 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험으로서 보험계약 또는 보험료납입영수증에 보험료 공제대상임이 표시된 보험의 보험료를 말한다.

2. 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자가 소득세법 시행령 제107조(장애인인범위) 제1항에서 규정한 장애인인 보험

【소득세법 시행령 제107조(장애인의 범위)에서 규정한 장애인】

1. 「장애인복지법」에 따른 장애인 및 「장애아동 복지지원법」에 따른 장애아동 중 기획재정부령으로 정하는 사람
2. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 의한 상이자 및 이와 유사

- 한 사람으로서 근로능력이 없는 사람
3. 제1호 및 제2호 외에 항시 치료를 요하는 중증환자

【소득세법 시행규칙 제54조(장애아동의 범위)】

영 제107조 제1항 제1호에서 "기획재정부령으로 정하는 사람"이란 「장애아동 복지지원법」 제21조 제1항에 따른 발달재활서비스를 지원받고 있는 사람을 말한다.

<이 특별약관을 적용할 수 없는 사례 예시>

- 전환대상계약의 피보험자 1인은 비장애인이고 보험수익자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우
⇒ 모든 보험수익자가 장애인이 아니므로 이 특별약관을 적용할 수 없습니다.
 - 전환대상계약의 보험수익자 1인은 비장애인이고 피보험자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우
⇒ 모든 피보험자가 장애인이 아니므로 이 특별약관을 적용할 수 없습니다.
 - 전환대상계약의 피보험자는 비장애인이고 보험수익자가 법정상속인(장애인)인 경우
⇒ 현재 법정상속인이 장애인이라고 하더라도 이 특별약관을 적용할 수 없습니다. 장애인전용보험으로 전환을 원할 경우 수익자 지정이 필요합니다.
- ② 전환대상계약이 해지(解止) 또는 기타 사유로 효력이 없게 된 경우 또는 전환대상계약이 제1항에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ③ 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료된 경우에는 제3조(장애인전용보험으로의 전환) 제1항에도 불구하고 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ④ 이 특별약관의 계약자는 전환대상계약의 계약자와 동일하여야 합니다.

제2조(제출서류)

- ① 이 특별약관에 가입하고자 하는 계약자는 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자의 「소득세법 시행규칙 별지 제38호 서식에 의한 장애인증명서의 원본 또는 사본」(이하, “장애인증명서”라 합니다)을 제출하여 제1조(적

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건에 해당함을 회사에 알려야 합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률에 따른 상이자의 증명을 받은 사람 또는 장애인복지법에 따른 장애인등록증을 발급받은 사람에 대해서는 해당 증명서·장애인등록증의 사본이나 그 밖의 장애 사실을 증명하는 서류를 제출하는 경우에는 제1항의 장애인증명서는 제출하지 않을 수 있습니다.
- ③ 장애인으로서 그 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제1항에 따라 회사에 제출한 때에는 그 장애기간 동안은 이를 다시 제출하지 않을 수 있습니다.
- ④ 제1항에 따라 제출한 장애인증명서의 장애기간이 변경되는 경우 계약자는 이를 회사에 알리고 변경된 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제출하여야 합니다.

제3조(장애인전용보험으로의 전환)

- ① 회사는 이 특별약관이 부가된 전환대상계약을 소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제1호에 해당하는 장애인전용보험으로 전환하여 드립니다.
- ② 제1항에 따라 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 후부터 납입된 전환대상계약 보험료는 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시됩니다.

<예시>

2030년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2030년 6월 1일에 이 특별약관을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 경우, 이 특별약관을 청약하기 전(2030년 1월 15일 ~ 2030년 5월 31일)에 납입된 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시되지 않고 특별세액공제 대상에 포함되지 않으며, 장애인전용보험으로 전환된 이후(2030년 6월 1일 ~ 2030년 12월 31일) 납입된 보험료만 2030년 특별세액공제 대상이 됩니다.

- ③ 제2항에도 불구하고, 「전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 해당 연도에 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소하는 경우」에는 해당 연도

에 납입한 모든 전환대상계약보험료가 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시되지 않습니다. 다만, 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 제1조(적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

<예시>

2030년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2030년 6월 1일에 이 특별약관을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환되었으나 2030년 12월 1일에 전환을 취소한 경우, 이 전환대상계약에 납입된 모든 보험료는 해당 연도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않으며 소득세법에 따라 보험료의 100분의 15에 해당하는 금액이 종합소득산출세액에서 공제되지 않습니다.

- ④ 전환대상계약에 이 특별약관이 부가된 이후 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소한 경우 또는 전환대상계약이 제1조(적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않아 이 특별약관의 효력이 없어진 경우 해당 전환대상계약에는 이 특별약관을 다시 부가할 수 없습니다. 다만, 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 전환대상계약이 제1조(적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

제4조(전환 취소)

계약자는 전환대상계약에 대하여 장애인전용보험으로의 전환을 취소할 수 있으며, 이 경우 전환취소 신청서를 회사에 제출하여야 합니다.

제5조(준용규정)

- ① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 전환대상계약 약관, 소득세법 등 관련 법규에서 정하는 바에 따릅니다.
- ② 소득세법 등 관련법규가 제·개정 또는 폐지되는 경우 변경된 법령을 따릅니다.

9-9. 보험계약 변경 정산액 분할납입 특별약관

제1조(특별약관의 적용범위 및 체결)

이 특별약관은 보험계약(특별약관이 부가된 경우에는 특별약관을 포함합니다. 이하 「보험계약」이라 합니다)의 계약내용 변경으로 인해 계약자적립액의 차이가 발생하고 이에 따라 계약자가 추가납입하여야 할 금액 중 이 특별약관의 사업방법서에서 정한 적용대상 정산액(이하 「정산액」이라 합니다)이 발생한 경우 보험계약자(이하 「계약자」라 합니다)의 청약과 보험회사(이하 「회사」라 합니다)의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.

제2조(특별약관의 효력)

- ① 제1조(특별약관의 적용범위 및 체결)에 따라 이 특별약관이 체결된 때(이하 「체결일」이라 합니다)부터 보험계약은 정산액을 일시에 납입한 것과 동일한 계약변경 효력을 가집니다.
- ② 계약자는 정산액을 대신하여 분할납입기간 동안 분할납입금액에 체결일 시점의 평균공시이율로 계산한 이자비용을 더한 금액(이하 「최종분할납입금액」이라 합니다)을 매 납입기일까지 납입하여야 합니다. 분할납입금액 및 이자비용에 대한 계산은 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에 정한 바를 따릅니다.
- ③ 제2항의 납입기일은 체결일 이후부터 도래하는 보험계약 보통약관의 납입기일로 합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자는 잔여 분할납입금액을 일시에 납입할 수 있습니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자 또는 피보험자가 최종분할납입금액의 납입 완료 이전에 보험료, 계약자적립액 등에 영향을 미칠 수 있는 계약내용을 변경하는 경우 계약자는 잔여 분할납입금액을 일시에 납입하여야 합니다.
- ⑥ 보험기간이 끝난 때에 최종분할납입금액의 납입이 완료되지 않은 경우 계약자는 잔여 분할납입금액을 일시에 납입하여야 합니다. 계약자가 잔여 분할납입금액을 납입하지 않은 때에는 회사는 잔여 분할납입금액에 이자비용을 더한 금액을 만기환급금에서 차감하여 지급할 수 있습니다.
- ⑦ 보험계약의 해약환급금 지급사유가 발생한 때에 최종분할납입금액의 납

입이 완료되지 않은 경우 계약자는 잔여 분할납입금액을 일시에 납입하여야 합니다. 계약자가 잔여 분할납입금액을 납입하지 않은 때에는 회사는 잔여 분할납입금액에 이자비용을 더한 금액을 해약환급금에서 차감하여 지급할 수 있습니다.

- ⑧ 제4항 내지 제7항에 따라 잔여 분할납입금액을 일시에 납입하는 경우 잔여 분할납입금액에 직전 최종분할납입금액 납입일 시점부터 일시납입 시점까지의 경과기간에 대한 이자비용을 더하여 납입하여야 합니다. 이자비용에 대한 계산은 이 특별약관의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에 정한 바를 따릅니다.

제3조(특별약관의 소멸)

- ① 계약자가 최종분할납입금액의 납입을 완료한 때에는 납입을 완료한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 그 때부터 효력이 없습니다.
- ② 피보험자가 최종분할납입금액의 납입이 완료되기 전에 사망하였을 경우 제2조(특별약관의 효력) 제8항에서 정한 일시 납입금액을 계약자적립액에서 차감하여 지급하고, 이 특별약관은 더이상 효력이 없습니다.

제4조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

계약자가 최종분할납입금액을 납입기일까지 납입하지 않아 납입이 연체중인 경우 회사는 보험계약 「보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지」에 따라 납입최고(독촉)와 보험계약의 해지를 할 수 있습니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특별약관의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보험계약 「보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)」에 따라 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

약관 인용 법·규정 (2025.4.1.)

1. 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률
2. 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙
3. 개인정보 보호법
4. 개인정보 보호법 시행령
5. 국민건강보험법
6. 노인장기요양보험법 시행령
7. 다중이용업소의 안전관리에 관한 특별법
8. 도로교통법
9. 도로법
10. 민법
11. 민사소송법
12. 산업재해보상보험법 시행규칙
13. 상법
14. 소비자기본법
15. 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률
16. 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 시행령
17. 약사법
18. 어린이놀이시설 안전관리법
19. 어린이놀이시설 안전관리법 시행령 별표2
20. 여객자동차운수사업법 시행령
21. 응급의료에 관한 법률
22. 의료급여법 시행령
23. 의료법
24. 의료법 시행규칙
25. 자동차관리법 시행규칙
26. 자동차손해배상보장법 시행령
27. 장애인복지법 시행규칙
28. 장애인복지법 시행령
29. 전자서명법
30. 폭력행위등 처벌에 관한 법률
31. 한의약육성법
32. 형법
33. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률
34. 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률
35. 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행규칙
36. 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행령
37. 금융소비자 보호에 관한 법률
38. 특정범죄 기중처벌 등에 관한 법률

약관 인용 법 · 규정



【법규1】 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률

제11조(의사 등의 신고)

- ① 의사, 치과의사 또는 한의사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사실(제16조제6항에 따라 표본감시 대상이 되는 제4급감염병으로 인한 경우는 제외한다)이 있으면 소속 의료기관의 장에게 보고하여야 하고, 해당 환자와 그 동거인에게 질병관리청장이 정하는 감염 방지 방법 등을 지도하여야 한다. 다만, 의료기관에 소속되지 아니한 의사, 치과의사 또는 한의사는 그 사실을 관할 보건소장에게 신고하여야 한다.
 1. 감염병환자등을 진단하거나 그 사체를 검안(檢案)한 경우
 2. 예방접종 후 이상반응자를 진단하거나 그 사체를 검안한 경우
 3. 감염병환자등이 제1급감염병부터 제3급감염병까지에 해당하는 감염병으로 사망한 경우
 4. 감염병환자로 의심되는 사람이 감염병병원체 검사를 거부하는 경우
- ② 제16조의2에 따른 감염병병원체 확인기관의 소속 직원은 실험실 검사 등을 통하여 보건복지부령으로 정하는 감염병환자등을 발견한 경우 그 사실을 그 기관의 장에게 보고하여야 한다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 보고를 받은 의료기관의 장 및 제16조의2에 따른 감염병병원체 확인기관의 장은 제1급감염병의 경우에는 즉시, 제2급감염병 및 제3급감염병의 경우에는 24시간 이내에, 제4급감염병의 경우에는 7일 이내에 질병관리청장 또는 관할 보건소장에게 신고하여야 한다.
- ④ 육군, 해군, 공군 또는 국방부 직할 부대에 소속된 군의관은 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 사실(제16조제6항에 따라 표본감시 대상이 되는 제4급감염병으로 인한 경우는 제외한다)이 있으면 소속 부대장에게 보고하여야 하고, 보고를 받은 소속 부대장은 제1급감염병의 경우에는 즉시, 제2급감염병 및 제3급감염병의 경우에는 24시간 이내에 관할 보건소장에게 신고하여야 한다.
- ⑤ 제16조제1항에 따른 감염병 표본감시기관은 제16조제6항에 따라 표본감시 대상이 되는 제4급감염병으로 인하여 제1항제1호 또는 제3호에 해당하는 사실이 있으면 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 질병관리청장 또는 관할 보건소장에게 신고하여야 한다.
- ⑥ 제1항부터 제5항까지의 규정에 따른 감염병환자등의 진단 기준, 신고의 방법 및 절차등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.



【법규2】 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙

■ 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙 [별표 2]

감염병환자등의 진단 기준(제6조제5항 관련)

1. 제1급감염병의 경우
 - 가. 감염병환자: 해당 감염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 혈액, 대변, 인두도말 등 검체에서 배양검사, 유전자 검출검사 등의 검사방법으로 감염병병원체가 확인된 사람

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- 나. 의사환자: 임상적 특징 및 역학적 연관성을 고려할 때 해당 감염병이 의심되나 감염병 병원체가 확인되지 않은 사람
- 다. 병원체보유자: 임상증상을 나타내지 않으나 감염병병원체가 확인된 사람
2. 제2급감염병의 경우
- 가. 감염병환자: 해당 감염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 혈액, 대변, 인두도말, 뇌척수액, 가래 등 검체에서 배양검사, 유전자 검출검사, 항체 검출검사 등의 검사방법으로 감염병병원체가 확인된 사람
- 나. 의사환자: 임상적 특징 및 역학적 연관성을 고려할 때 해당 감염병이 의심되나 감염병 병원체가 확인되지 않은 사람
- 다. 병원체보유자: 임상증상을 나타내지 않으나 감염병병원체가 확인된 사람
3. 제3급감염병의 경우
- 가. 감염병환자: 해당 감염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 혈액, 대변, 소변, 뇌척수액, 가래, 기관지세척액 등 검체에서 배양검사, 유전자 검출검사, 항체 검출검사, 항원 검출검사, 현미경검사 등의 검사방법으로 감염병병원체가 확인된 사람. 다만, 파상풍의 경우에는 임상적 특징을 나타내는 것만으로도 감염병환자로 진단한다.
- 나. 의사환자: 임상적 특징 및 역학적 연관성을 고려할 때 해당 감염병이 의심되나 감염병 병원체가 확인되지 않은 사람
- 다. 병원체보유자: 임상증상을 나타내지 않으나 감염병병원체가 확인된 사람
4. 제4급감염병의 경우
- 가. 감염병환자: 해당 감염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 혈액, 대변, 소변, 인두도말, 폐양부위도말, 병변조직, 피하조직 등 검체에서 배양검사, 유전자 검출검사, 항체 검출검사, 항원 검출검사, 현미경검사 등의 검사방법으로 감염병병원체가 확인된 사람
- 나. 의사환자: 임상적 특징 및 역학적 연관성을 고려할 때 해당 감염병이 의심되나 감염병 병원체가 확인되지 않은 사람
- 다. 병원체보유자: 임상증상을 나타내지 않으나 감염병병원체가 확인된 사람



【법규3】 개인정보 보호법

제15조(개인정보의 수집·이용)

- ① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 개인정보를 수집할 수 있으며 그 수집 목적의 범위에서 이용할 수 있다.
1. 정보주체의 동의를 받은 경우
 2. 법률에 특별한 규정이 있거나 법령상 의무를 준수하기 위하여 불가피한 경우
 3. 공공기관이 법령 등에서 정하는 소관 업무의 수행을 위하여 불가피한 경우
 4. 정보주체와 체결한 계약을 이행하거나 계약을 체결하는 과정에서 정보주체의 요청에 따른 조치를 이행하기 위하여 필요한 경우
 5. 명백히 정보주체 또는 제3자의 급박한 생명, 신체, 재산의 이익을 위하여 필요하다고 인정되는 경우
 6. 개인정보처리자의 정당한 이익을 달성하기 위하여 필요한 경우로서 명백하게 정보주체

의 권리보다 우선하는 경우, 이 경우 개인정보처리자의 정당한 이익과 상당한 관련이 있고 합리적인 범위를 초과하지 아니하는 경우에 한한다.

7. 공중위생 등 공공의 안전과 안녕을 위하여 긴급히 필요한 경우
- ② 개인정보처리자는 제1항제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.
 1. 개인정보의 수집·이용 목적
 2. 수집하려는 개인정보의 항목
 3. 개인정보의 보유 및 이용 기간
 4. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용
- ③ 개인정보처리자는 당초 수집 목적과 합리적으로 관련된 범위에서 정보주체에게 불이익이 발생하는지 여부, 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 이용할 수 있다.

제17조(개인정보의 제공)

- ① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에는 정보주체의 개인정보를 제3자에게 제공(공유를 포함한다. 이하 같다)할 수 있다.
 1. 정보주체의 동의를 받은 경우
 2. 제15조제1항제2호, 제3호 및 제5호부터 제7호까지에 따라 개인정보를 수집한 목적 범위에서 개인정보를 제공하는 경우
- ② 개인정보처리자는 제1항제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.
 1. 개인정보를 제공받는 자
 2. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적
 3. 제공하는 개인정보의 항목
 4. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용 기간
 5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용
- ③ 삭제<2023.3.14.>
- ④ 개인정보처리자는 당초 수집 목적과 합리적으로 관련된 범위에서 정보주체에게 불이익이 발생하는지 여부, 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 제공할 수 있다.

제22조(동의를 받는 방법)

- ① 개인정보처리자는 이 법에 따른 개인정보의 처리에 대하여 정보주체(제22조의2제1항에 따른 법정대리인을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)의 동의를 받을 때에는 각각의 동의 사항을 구분하여 정보주체가 이를 명확하게 인지할 수 있도록 알리고 동의를 받아야 한다. 이 경우 다음 각 호의 경우에는 동의 사항을 구분하여 각각 동의를 받아야 한다.
 1. 제15조제1항제1호에 따라 동의를 받는 경우
 2. 제17조제1항제1호에 따라 동의를 받는 경우

3. 제18조제2항제1호에 따라 동의를 받는 경우
4. 제19조제1호에 따라 동의를 받는 경우
5. 제23조제1항제1호에 따라 동의를 받는 경우
6. 제24조제1항제1호에 따라 동의를 받는 경우
7. 재화나 서비스를 홍보하거나 판매를 권유하기 위하여 개인정보의 처리에 대한 동의를 받으려는 경우
8. 그 밖에 정보주체를 보호하기 위하여 동의의 사항을 구분하여 동의를 받아야 할 필요가 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우
- ② 개인정보처리자는 제1항의 동의를 서면(「전자문서 및 전자거래 기본법」 제2조제1호에 따른 전자문서를 포함한다)으로 받을 때에는 개인정보의 수집·이용 목적, 수집·이용하려는 개인정보의 항목 등 대통령령으로 정하는 중요한 내용을 보호위원회가 고시로 정하는 방법에 따라 명확히 표시하여 알아보기 쉽게 하여야 한다.
- ③ 개인정보처리자는 정보주체의 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보에 대해서는 그 항목과 처리의 법적 근거를 정보주체의 동의를 받아 처리하는 개인정보와 구분하여 제30조제2항에 따라 공개하거나 전자우편 등 대통령령으로 정하는 방법에 따라 정보주체에게 알려야 한다. 이 경우 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보라는 입증책임은 개인정보처리자가 부담한다.
- ④ 삭제<2023.3.14.>
- ⑤ 개인정보처리자는 정보주체가 선택적으로 동의할 수 있는 사항을 동의하지 아니하거나 제1항제3호 및 제7호에 따른 동의를 하지 아니한다는 이유로 정보주체에게 재화 또는 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다.
- ⑥ 삭제<2023.3.14.>
- ⑦ 제1항부터 제5항까지에서 규정한 사항 외에 정보주체의 동의를 받는 세부적인 방법에 관하여 필요한 사항은 개인정보의 수집매체 등을 고려하여 대통령령으로 정한다.

제23조(민감정보의 처리 제한)

- ① 개인정보처리자는 사상·신념, 노동조합·정당의 가입·탈퇴, 정치적 견해, 건강, 성생활 등에 관한 정보, 그 밖에 정보주체의 사생활을 현저히 침해할 우려가 있는 개인정보로서 대통령령으로 정하는 정보(이하 "민감정보"라 한다)를 처리하여서는 아니 된다.
 1. 정보주체에게 제15조제2항 각 호 또는 제17조제2항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
 2. 법령에서 민감정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우
- ② 개인정보처리자가 제1항 각 호에 따라 민감정보를 처리하는 경우에는 그 민감정보가 분실·도난·유출·위조·변조 또는 훼손되지 아니하도록 제29조에 따른 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다.
- ③ 개인정보처리자는 재화 또는 서비스를 제공하는 과정에서 공개되는 정보에 정보주체의 민감정보가 포함됨으로써 사생활 침해의 위험성이 있다고 판단하는 때에는 재화 또는 서비스의 제공 전에 민감정보의 공개 가능성 및 비공개를 선택하는 방법을 정보주체가 알아볼 수 있게 알려야 한다.

제24조(고유식별정보의 처리 제한)

- ① 개인정보처리자는 다음 각 호의 경우를 제외하고는 법령에 따라 개인을 고유하게 구별하기 위하여 부여된 식별정보로서 대통령령으로 정하는 정보(이하 "고유식별정보"라 한다)를

처리할 수 없다.

1. 정보주체에게 제15조제2항 각 호 또는 제17조제2항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인 정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
2. 법령에서 구체적으로 고유식별정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우
- ② 삭제<2013. 8. 6.>
- ③ 개인정보처리자가 제1항 각 호에 따라 고유식별정보를 처리하는 경우에는 그 고유식별정보가 분실·도난·유출·위조·변조 또는 훼손되지 아니하도록 대통령령으로 정하는 바에 따라 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다.
- ④ 보호위원회는 처리하는 개인정보의 종류·규모, 종업원 수 및 매출액 규모 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 개인정보처리자가 제3항에 따라 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지에 관하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정기적으로 조사하여야 한다.
- ⑤ 보호위원회는 대통령령으로 정하는 전문기관으로 하여금 제4항에 따른 조사를 수행하게 할 수 있다.



【법규4】 개인정보 보호법 시행령

제17조(동의를 받는 방법)

- ① 개인정보처리자는 법 제22조에 따라 개인정보의 처리에 대하여 정보주체의 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 조건을 모두 충족해야 한다.
 1. 정보주체가 자유로운 의사에 따라 동의 여부를 결정할 수 있을 것
 2. 동의를 받으려는 내용이 구체적이고 명확할 것
 3. 그 내용을 쉽게 읽고 이해할 수 있는 문구를 사용할 것
 4. 동의 여부를 명확하게 표시할 수 있는 방법을 정보주체에게 제공할 것
- ② 개인정보처리자는 법 제22조에 따라 개인정보의 처리에 대하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방법으로 정보주체의 동의를 받아야 한다.
 1. 동의 내용이 적힌 서면을 정보주체에게 직접 발급하거나 우편 또는 팩스 등의 방법으로 전달하고, 정보주체가 서명하거나 날인한 동의서를 받는 방법
 2. 전화를 통하여 동의 내용을 정보주체에게 알리고 동의의 의사표시를 확인하는 방법
 3. 전화를 통하여 동의 내용을 정보주체에게 알리고 정보주체에게 인터넷주소 등을 통하여 동의 사항을 확인하도록 한 후 다시 전화를 통하여 그 동의 사항에 대한 동의의 의사표시를 확인하는 방법
 4. 인터넷 홈페이지 등에 동의 내용을 게재하고 정보주체가 동의 여부를 표시하도록 하는 방법
 5. 동의 내용이 적힌 전자우편을 발송하여 정보주체로부터 동의의 의사표시가 적힌 전자우편을 받는 방법
 6. 그 밖에 제1호부터 제5호까지의 규정에 따른 방법에 준하는 방법으로 동의 내용을 알리고 동의의 의사표시를 확인하는 방법
- ③ 법 제22조제2항에서 “대통령령으로 정하는 중요한 내용”이란 다음 각 호의 사항을 말한다.
 1. 개인정보의 수집·이용 목적 중 재화나 서비스의 홍보 또는 판매 권유 등을 위하여 해

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

- 당 개인정보를 이용하여 정보주체에게 연락할 수 있다는 사실
2. 처리하려는 개인정보의 항목 중 다음 각 목의 사항
 - 가. 민감정보
 - 나. 제19조제2호부터 제4호까지의 규정에 따른 여권번호, 운전면허의 면허번호 및 외국인 등록번호
 3. 개인정보의 보유 및 이용 기간(제공 시에는 제공받는 자의 보유 및 이용 기간을 말한다)
 4. 개인정보를 제공받는 자 및 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적
- ④ 개인정보처리자는 정보주체로부터 법 제22조제1항 각 호에 따른 동의를 받으려는 때에는 정보주체가 동의 여부를 선택할 수 있다는 사실을 명확하게 알 수 있도록 표시해야 한다.
 - ⑤ 법 제22조제3항 전단에서 “대통령령으로 정하는 방법”이란 서면, 전자우편, 팩스, 전화, 문자전송 또는 이에 상당하는 방법(이하 “서면등의 방법”이라 한다)을 말한다.
 - ⑥ 중앙행정기관의 장은 제2항에 따른 동의방법 중 소관 분야의 개인정보처리자별 업무, 업종의 특성 및 정보주체의 수 등을 고려하여 적절한 동의방법에 관한 기준을 법 제12조제2항에 따른 개인정보 보호지침(이하 “개인정보 보호지침”이라 한다)으로 정하여 그 기준에 따라 동의를 받도록 개인정보처리자에게 권장할 수 있다.



【법규5】 국민건강보험법

제42조(요양기관)

- ① 요양급여(간호와 이송은 제외한다)는 다음 각 호의 요양기관에서 실시한다. 이 경우 보건복지부장관은 공익이나 국가정책에 비추어 요양기관으로 적합하지 아니한 대통령령으로 정하는 의료기관 등은 요양기관에서 제외할 수 있다.
 1. 「의료법」에 따라 개설된 의료기관
 2. 「약사법」에 따라 등록된 약국
 3. 「약사법」 제91조에 따라 설립된 한국회귀·필수의약품센터
 4. 「지역보건법」에 따른 보건소·보건의료원 및 보건지소
 5. 「농어촌 등 보건의료료 위한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소
- ② 보건복지부장관은 효율적인 요양급여를 위하여 필요하면 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 시설·장비·인력 및 진료과목 등 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하는 요양기관을 전문요양기관으로 인정할 수 있다. 이 경우 해당 전문요양기관에 인정서를 발급하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 인정받은 요양기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 인정을 취소한다.
 1. 제2항 전단에 따른 인정기준에 미달하게 된 경우
 2. 제2항 후단에 따라 발급받은 인정서를 반납한 경우
- ④ 제2항에 따라 전문요양기관으로 인정된 요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원에 대하여는 제41조제3항에 따른 요양급여의 절차 및 제45조에 따른 요양급여비용을 다른 요양기관과 달리 할 수 있다.
- ⑤ 제1항·제2항 및 제4항에 따른 요양기관은 정당한 이유 없이 요양급여를 거부하지 못한다.



【법규6】 노인장기요양보험 시행령

제7조(등급판정기준 등)

- ① 법 제15조제2항에 따른 등급판정기준은 다음 각 호와 같다.
 1. 장기요양 1등급 : 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 전적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 95점 이상인 자
 2. 장기요양 2등급 : 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 상당 부분 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 75점 이상 95점 미만인 자
 3. 장기요양 3등급 : 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 60점 이상 75점 미만인 자
 4. 장기요양 4등급 : 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 일정부분 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 51점 이상 60점 미만인 자
 5. 장기요양 5등급 : 치매(제2조에 따른 노인성 질병에 해당하는 치매로 한정한다)환자로서 장기요양인정 점수가 45점 이상 51점 미만인 자
 6. 장기요양 인지기원등급 : 치매(제2조에 따른 노인성 질병에 해당하는 치매로 한정한다) 환자로서 장기요양인정 점수가 45점 미만인 자
- ② 제1항에 따른 장기요양인정 점수는 장기요양이 필요한 정도를 나타내는 점수로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 심신의 기능 저하 상태를 측정하는 방법에 따라 산정한다.



【법규7】 다중이용업소의 안전관리에 관한 특별법

제7조(관련 행정기관의 통보사항) 제2항

- ② 허가관청은 다중이용업주가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 하였을 때 에는 그 신고를 수리(受理)한 날부터 30일 이내에 소방본부장 또는 소방서장에게 통보하여야 한다.
 1. 휴업·폐업 또는 휴업 후 영업의 재개(再開)
 2. 영업 내용의 변경
 3. 다중이용업주의 변경 또는 다중이용업주 주소의 변경
 4. 다중이용업소 상호 또는 주소의 변경



【법규8】 도로교통법

제43조(무면허운전 등의 금지)

누구든지 제80조에 따라 시·도경찰청장으로부터 운전면허를 받지 아니하거나 운전면허의 효력이 정지된 경우에는 자동차등을 운전하여서는 아니 된다.

제44조(술에 취한 상태에서의 운전 금지)

- ① 누구든지 술에 취한 상태에서 자동차등(「건설기계관리법」 제26조제1항 단서에 따른 건설기계 외의 건설기계를 포함한다. 이하 이 조, 제45조, 제47조, 제93조제1항제1호부터 제4호까지 및 제148조의2에서 같다), 노면전차 또는 자전거를 운전하여서는 아니 된다.

- ② 경찰공무원은 교통의 안전과 위험방지를 위하여 필요하다고 인정하거나 제1항을 위반하여 술에 취한 상태에서 자동차등, 노면전차 또는 자전거를 운전하였다고 인정할 만한 상당한 이유가 있는 경우에는 운전자가 술에 취하였는지를 호흡조사로 측정할 수 있다. 이 경우 운전자는 경찰공무원의 측정에 응하여야 한다.
- ③ 제2항에 따른 측정 결과에 불복하는 운전자에 대하여는 그 운전자의 동의를 받아 혈액 채취 등의 방법으로 다시 측정할 수 있다.
- ④ 제1항에 따라 운전이 금지되는 술에 취한 상태의 기준은 운전자의 혈중알코올농도가 0.03 퍼센트 이상인 경우로 한다.
- ⑤ 술에 취한 상태에 있다고 인정할 만한 상당한 이유가 있는 사람은 자동차등, 노면전차 또는 자전거를 운전한 후 제2항 또는 제3항에 따른 측정을 곤란하게 할 목적으로 추가로 술을 마시거나 혈중알코올농도에 영향을 줄 수 있는 의약품 등 행정안전부령으로 정하는 물품을 사용하는 행위(이하 "음주측정방해행위"라 한다. 이하 같다)를 하여서는 아니 된다.
- ⑥ 제2항 및 제3항에 따른 측정의 방법, 절차 등 필요한 사항은 행정안전부령으로 정한다.

제45조(과로한 때 등의 운전 금지)

자동차등(개인형 이동장치는 제외한다) 또는 노면전차의 운전자는 제44조에 따른 술에 취한 상태 외에 과로, 질병 또는 약물(마약, 대마 및 향정신성의약품과 그 밖에 행정안전부령으로 정하는 것을 말한다. 이하 같다)의 영향과 그 밖의 사유로 정상적으로 운전하지 못할 우려가 있는 상태에서 자동차등 또는 노면전차를 운전하여서는 아니 된다.



【법규9】 도로법

제10조(도로의 종류와 등급)

도로의 종류는 다음 각 호와 같고, 그 등급은 다음 각 호에 열거한 순서와 같다.

1. 고속국도(고속국도의 지선 포함)
2. 일반국도(일반국도의 지선 포함)
3. 특별시도(特別市道)·광역시도(廣域市道)
4. 지방도
5. 시도
6. 군도
7. 구도

제11조(고속국도의 지정·고시)

국토교통부장관은 도로교통법의 중요한 축(軸)을 이루며 주요 도시를 연결하는 도로로서 자동차(「자동차관리법」 제2조제1호에 따른 자동차 및 같은 조 제1호의3에 따른 자율주행자동차와 「건설기계관리법」 제2조제1항제1호에 따른 건설기계 중 대통령령으로 정하는 것을 말한다. 이하 제47조, 제113조 및 제115조제1호에서 같다) 전용의 고속교통에 사용되는 도로 노선을 정하여 고속국도를 지정·고시한다

제13조(고속국도 또는 일반국도의 지선)

- ① 국토교통부장관은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 도로를 고속국도 또는 일반국도의 지선(이하 "지선"이라 한다)으로 지정·고시할 수 있다.

1. 고속국도 또는 일반국도와 인근의 도시·항만·공항·산업단지·유통시설 등을 연결하는 도로
2. 고속국도 또는 일반국도의 기능을 보완하기 위하여 해당 고속국도 또는 일반국도를 우회하거나 고속국도 또는 일반국도를 서로 연결하는 도로
- ② 제1항에서 정한 것 외에 지선의 지정 기준에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.
- ③ 지선은 연결되는 주된 도로의 종류에 따라 각각 고속국도 또는 일반국도로 본다. 이 경우 지선이 연결되는 주된 도로의 범위는 국토교통부장관이 정한다.



【법규10】 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.

제753조(미성년자의 책임능력)

미성년자가 타인에게 손해를 가한 경우에 그 행위의 책임을 번식할 능력이 없는 때에는 배상의 책임이 없다.

제754조(심신상실자의 책임능력)

심신상실 중에 타인에게 손해를 가한 자는 배상의 책임이 없다. 그러나 고의 또는 과실로 인하여 심신상실을 초래한 때에는 그러하지 아니하다.

제755조(감독자의 책임)

- ① 다른 자에게 손해를 가한 사람이 제753조 또는 제754조에 따라 책임이 없는 경우에는 그를 감독할 법정무가 있는 자가 그 손해를 배상할 책임이 있다. 다만, 감독의무를 게을리하지 아니한 경우에는 그러하지 아니하다.
- ② 감독의무자를 갈음하여 제753조 또는 제754조에 따라 책임이 없는 사람을 감독하는 자도 제1항의 책임이 있다.

제777조(친족의 범위)

친족관계로 인한 법률상 효력은 이 법 또는 다른 법률에 특별한 규정이 없는 한 다음 각호에 해당하는 자에 미친다.

1. 8촌 이내의 혈족
2. 4촌 이내의 인척
3. 배우자



【법규11】 민사소송법

제254조(재판장등의 소장심사권)

- ① 소장이 제249조제1항의 규정에 어긋나는 경우와 소장에 법률의 규정에 따른 인지를 붙이지 아니한 경우에는 재판장은 상당한 기간을 정하고, 그 기간 이내에 흠을 보정하도록 명

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

하여야 한다. 재판장은 법원사무관등으로 하여금 위 보정 명령을 하게 할 수 있다.

- ② 원고가 제1항의 기간 이내에 흠을 보정하지 아니한 때에는 재판장은 명령으로 소장을 각 하하여야 한다.
- ③ 제2항의 명령에 대하여는 즉시항고를 할 수 있다.
- ④ 재판장은 소장을 심사하면서 필요하다고 인정하는 경우에는 원고에게 청구하는 이유에 대응하는 증거방법을 구체적으로 적어 내도록 명할 수 있으며, 원고가 소장에 인용한 서증(書證)의 등본 또는 사본을 붙이지 아니한 경우에는 이를 제출하도록 명할 수 있다.

제266조(소의 취하)

- ① 소는 판결이 확정될 때까지 그 전부나 일부를 취하할 수 있다.
- ② 소의 취하는 상대방이 본안에 관하여 준비서면을 제출하거나 변론준비기일에서 진술하거나 변론을 한 뒤에는 상대방의 동의를 받아야 효력을 가진다.
- ③ 소의 취하는 서면으로 하여야 한다. 다만, 변론 또는 변론준비기일에서 말로 할 수 있다.
- ④ 소장을 송달한 뒤에는 취하의 서면을 상대방에게 송달하여야 한다.
- ⑤ 제3항 단서의 경우에 상대방이 변론 또는 변론준비기일에 출석하지 아니한 때에는 그 기일의 조서등본을 송달하여야 한다.
- ⑥ 소취하의 서면이 송달된 날부터 2주 이내에 상대방이 이의를 제기하지 아니한 경우에는 소취하에 동의한 것으로 본다. 제3항 단서의 경우에 있어서, 상대방이 기일에 출석한 경우에는 소를 취하한 날부터, 상대방이 기일에 출석하지 아니한 경우에는 제5항의 등본이 송달된 날부터 2주 이내에 상대방이 이의를 제기하지 아니하는 때에도 또한 같다.

제269조(반소)

- ① 피고는 소송절차를 현저히 지연시키지 아니하는 경우에만 변론을 종결할 때까지 본소가 계속된 법원에 반소를 제기할 수 있다. 다만, 소송의 목적이 된 청구가 다른 법원의 관할에 전속되지 아니하고 본소의 청구 또는 방어의 방법과 서로 관련이 있어야 한다.
- ② 본소가 단독사건인 경우에 피고가 반소로 합의사건에 속하는 청구를 한 때에는 법원은 직권 또는 당사자의 신청에 따른 결정으로 본소와 반소를 합의부에 이송하여야 한다. 다만, 반소에 관하여 제30조의 규정에 따른 관할권이 있는 경우에는 그러하지 아니하다.

제393조(항소의 취하)

- ① 항소는 항소심의 종국판결이 있기 전에 취하할 수 있다.
- ② 항소의 취하에는 제266조제3항 내지 제5항 및 제267조제1항의 규정을 준용한다.

제399조(원심재판장등의 항소장심사권)

- ① 항소장이 제397조제2항의 규정에 어긋난 경우와 항소장에 법률의 규정에 따른 인지를 붙이지 아니한 경우에는 원심재판장은 항소인에게 상당한 기간을 정하여 그 기간 이내에 흠을 보정하도록 명하여야 한다. 원심재판장은 법원사무관등으로 하여금 위 보정명령을 하게 할 수 있다.
- ② 항소인이 제1항의 기간 이내에 흠을 보정하지 아니한 때와, 항소기간을 넘긴 것이 분명할 때에는 원심재판장은 명령으로 항소장을 각하하여야 한다.
- ③ 제2항의 명령에 대하여는 즉시항고를 할 수 있다.

제402조(항소심재판장등의 항소장심사권)

- ① 항소장이 제397조제2항의 규정에 어긋나거나 항소장에 법률의 규정에 따른 인지를 붙이지 아니하였음에도 원심재판장등이 제399조제1항의 규정에 의한 명령을 하지 아니한 경우,

또는 항소장의 부분을 송달할 수 없는 경우에는 항소심재판장은 항소인에게 상당한 기간을 정하여 그 기간 이내에 흡을 보장하도록 명하여야한다. 항소심재판장은 법원사무관등으로 하여금 위 보장명령을 하게 할 수 있다.

- ② 항소인이 제1항의 기간 이내에 흡을 보장하지 아니한 때, 또는 제399조제2항의 규정에 따라 원심재판장이 항소장을 각하하지 아니한 때에는 항소심재판장은 명령으로 항소장을 각하하여야 한다.
- ③ 제2항의 명령에 대하여는 즉시항고를 할 수 있다.

제412조(반소의 제기)

- ① 반소는 상대방의 심급의 이익을 해할 우려가 없는 경우 또는 상대방의 동의를 받은 경우에 제기할 수 있다.
- ② 상대방이 이익을 제기하지 아니하고 반소의 본안에 관하여 변론을 한 때에는 반소제기에 동의한 것으로 본다.

제425조(항소심절차의 준용)

상고와 상고심의 소송절차에는 특별한 규정이 없으면 제1장의 규정을 준용한다.



【법규12】 산업재해보상보험법 시행규칙

제47조(운동기능장애의 측정)

- ① 비장애인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동기능영역은 별표 4와 같다.
- ② 운동기능장애의 정도는 미국의학협회(AMA, American Medical Association)식 측정 방법 중 공단이 정하는 방법으로 측정한 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동기능영역과 별표 4의 평균 운동기능영역을 비교하여 판정한다. 다만, 척주의 운동기능영역은 그러하지 아니하다.
- ③ 제2항에 따라 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동기능영역을 측정할 때에는 다음 각 호의 구분에 따른 방법으로 한다.
 1. 강직, 오그라들, 신경손상 등 운동기능장애의 원인이 명확한 경우: 근로자의 능동적 운동에 의한 측정방법
 2. 운동기능장애의 원인이 명확하지 아니한 경우: 근로자의 수동적 운동에 의한 측정방법



【법규13】 상법

제651조(고지위반으로 인한 계약 해지)

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월 내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

제657조(보험사고발생의 통지의무)

- ① 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험사고의 발생을 안 때에는 지체없이 보험자에게 그 통지를 발송하여야 한다.
- ② 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자가 제1항의 통지의무를 해태함으로써 인하여 손해가

증가된 때에는 보험자는 그 증가된 손해를 보상할 책임이 없다.



【법규14】 소비자기본법

제70조(단체소송의 대상등)

다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 단체는 사업자가 제20조의 규정을 위반하여 소비자의 생명·신체 또는 재산에 대한 권익을 직접적으로 침해하고 그 침해가 계속되는 경우 법원에 소비자권익침해행위의 금지·중지를 구하는 소송(이하 "단체소송"이라 한다)을 제기할 수 있다.

1. 제29조의 규정에 따라 공정거래위원회에 등록된 소비자단체로서 다음 각 목의 요건을 모두 갖춘 단체
 - 가. 정관에 따라 상시적으로 소비자의 권익증진을 주된 목적으로 하는 단체일 것
 - 나. 단체의 정회원수가 1천명 이상일 것
 - 다. 제29조의 규정에 따른 등록 후 3년이 경과하였을 것
2. 제33조에 따라 설립된 한국소비자원
3. 「상공회의소법」에 따른 대한상공회의소, 「중소기업협동조합법」에 따른 중소기업협동조합중앙회 및 전국 단위의 경제단체로서 대통령령이 정하는 단체
4. 「비영리민간단체 지원법」 제2조의 규정에 따른 비영리민간단체로서 다음 각 목의 요건을 모두 갖춘 단체
 - 가. 법률상 또는 사실상 동일한 침해를 입은 50인 이상의 소비자로부터 단체소송의 제기를 요청받을 것
 - 나. 정관에 소비자의 권익증진을 단체의 목적으로 명시한 후 최근 3년 이상 이를 위한 활동실적이 있을 것
 - 다. 단체의 상시 구성원수가 5천명 이상일 것
 - 라. 중앙행정기관에 등록되어 있을 것



【법규15】 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률

제32조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)

- ① 신용정보제공·이용자가 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공할 때마다 미리 개별적으로 동의를 받아야 한다. 다만, 기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성·최신성을 유지하기 위한 경우에는 그러하지 아니하다.
 1. 서면
 2. 「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명(서명자의 실지명의를 확인할 수 있는 것을 말한다)이 있는 전자문서(「전자문서 및 전자거래기본법」 제2조제1호에 따른 전자문서를 말한다)
 3. 개인신용정보의 제공 내용 및 제공 목적 등을 고려하여 정보 제공 동의의 안정성과 신뢰성이 확보될 수 있는 유무선 통신으로 개인비밀번호를 입력하는 방식

4. 유무선 통신으로 동의 내용을 해당 개인에게 알리고 동의를 받는 방법. 이 경우 본인 여부 및 동의 내용, 그에 대한 해당 개인의 답변을 음성녹음하는 등 증거자료를 확보·유지하여야 하며, 대통령령으로 정하는 바에 따른 사후 고지절차를 거친다.
5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 방식
- ② 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조사회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공받을 때마다 개별적으로 동의(기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성·최신성을 유지하기 위한 경우는 제외한다)를 받아야 한다. 이 경우 개인신용정보를 제공받으려는 자는 개인신용정보의 조회 시 개인신용평점이 하락할 수 있는 때에는 해당 신용정보주체에게 이를 고지하여야 한다.
- ③ 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조사회사 또는 신용정보집중기관이 개인신용정보를 제2항에 따라 제공하는 경우에는 해당 개인신용정보를 제공받으려는 자가 제2항에 따른 동의를 받았는지를 대통령령으로 정하는 바에 따라 확인하여야 한다.
- ④ 신용정보회사등은 개인신용정보의 제공 및 활용과 관련하여 동의를 받을 때에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 서비스 제공을 위하여 필수적 동의사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하여 설명한 후 각각 동의를 받아야 한다. 이 경우 필수적 동의사항은 서비스 제공과의 관련성을 설명하여야 하며, 선택적 동의사항은 정보제공에 동의하지 아니할 수 있다는 사실을 고지하여야 한다.
- ⑤ 신용정보회사등은 신용정보주체가 선택적 동의사항에 동의하지 아니한다는 이유로 신용정보주체에게 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다.
- ⑥ 신용정보회사등(제9호의3을 적용하는 경우에는 데이터전문기관을 포함한다)이 개인신용정보를 제공하는 경우로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1항부터 제5항까지를 적용하지 아니한다.
 1. 신용정보회사 및 채권추심회사가 다른 신용정보회사 및 채권추심회사 또는 신용정보집중기관과 서로 집중관리·활용하기 위하여 제공하는 경우
 2. 제17조제2항에 따라 신용정보의 처리를 위탁하기 위하여 제공하는 경우
 3. 영업양도·분할·합병 등의 이유로 권리·의무의 전부 또는 일부를 이전하면서 그와 관련된 개인신용정보를 제공하는 경우
 4. 채권추심(추심채권을 추심하는 경우만 해당한다), 인가·허가의 목적, 기업의 신용도 판단, 유가증권의 양수 등 대통령령으로 정하는 목적으로 사용하는 자에게 제공하는 경우
 5. 법원의 제출명령 또는 법관이 발부한 영장에 따라 제공하는 경우
 6. 범죄 때문에 피해자의 생명이나 신체에 심각한 위험 발생이 예상되는 등 긴급한 상황에서 제5호에 따른 법관의 영장을 발부받을 시간적 여유가 없는 경우로서 검사 또는 사법경찰관의 요구에 따라 제공하는 경우. 이 경우 개인신용정보를 제공받은 검사는 지체 없이 법관에게 영장을 청구하여야 하고, 사법경찰관은 검사에게 신청하여 검사의 청구로 영장을 청구하여야 하며, 개인신용정보를 제공받은 때부터 36시간 이내에 영장을 발부받지 못하면 지체 없이 제공받은 개인신용정보를 폐기하여야 한다.
 7. 조세에 관한 법률에 따른 질문·검사 또는 조사를 위하여 관할 관서의 장이 서면으로 요구하거나 조세에 관한 법률에 따라 제출의무가 있는 과세자료의 제공을 요구함에 따

라 제공하는 경우

8. 국제협약 등에 따라 외국의 금융감독기구에 금융회사가 가지고 있는 개인신용정보를 제공하는 경우

9. 제2조제1호의4나목 및 다목의 정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업 신용등급제공업무·기술신용평가업무를 하는 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우

9의2. 통계작성, 연구, 공익적 기록보존 등을 위하여 가명정보를 제공하는 경우. 이 경우 통계작성에는 시장조사 등 상업적 목적의 통계작성을 포함하며, 연구에는 산업적 연구를 포함한다.

9의3. 제17조의2제1항에 따른 정보집합물의 결합 목적으로 데이터전문기관에 개인신용정보를 제공하는 경우

9의4. 다음 각 목의 요소를 고려하여 당초 수집한 목적과 상충되지 아니하는 목적으로 개인신용정보를 제공하는 경우

가. 양 목적 간의 관련성

나. 신용정보회사들이 신용정보주체로부터 개인신용정보를 수집한 경우

다. 해당 개인신용정보의 제공이 신용정보주체에게 미치는 영향

라. 해당 개인신용정보에 대하여 가명처리를 하는 등 신용정보의 보안대책을 적절히 시행하였는지 여부

10. 이 법 및 다른 법률에 따라 제공하는 경우

11. 제1호부터 제10호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우

⑦ 제6항 각 호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 자 또는 제공받은 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 개인신용정보의 제공 사실 및 이유 등을 사전에 해당 신용정보주체에게 알려야 한다. 다만, 대통령령으로 정하는 불가피한 사유가 있는 경우에는 인터넷 홈페이지 게재 또는 그 밖에 유사한 방법을 통하여 사후에 알리거나 공시할 수 있다.

⑧ 제6항제3호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하는 신용정보제공·이용자로서 대통령령으로 정하는 자는 제공하는 신용정보의 범위 등 대통령령으로 정하는 사항에 관하여 금융위원회의 승인을 받아야 한다.

⑨ 제8항에 따른 승인을 받아 개인신용정보를 제공받은 자는 해당 개인신용정보를 금융위원회가 정하는 바에 따라 현재 거래 중인 신용정보주체의 개인신용정보와 분리하여 관리하여야 한다.

⑩ 신용정보회사들이 개인신용정보를 제공하는 경우에는 금융위원회가 정하여 고시하는 바에 따라 개인신용정보를 제공받는 자의 신원(身元)과 이용 목적을 확인하여야 한다.

⑪ 개인신용정보를 제공한 신용정보제공·이용자는 제1항에 따라 미리 개별적 동의를 받았는지 여부 등에 대한 다툼이 있는 경우 이를 증명하여야 한다.

제33조(개인신용정보의 이용)

① 개인신용정보는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에만 이용하여야 한다.

1. 해당 신용정보주체가 신청한 금융거래 등 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위한 목적으로 이용하는 경우

2. 제1호의 목적 외의 다른 목적으로 이용하는 것에 대하여 신용정보주체로부터 동의를 받은 경우

3. 개인이 직접 제공한 개인신용정보(그 개인과의 상거래에서 생긴 신용정보를 포함한다)를 제공받은 목적으로 이용하는 경우(상품과 서비스를 소개하거나 그 구매를 권유할 목적으로 이용하는 경우는 제외한다)
4. 제32조제6항 각 호의 경우
5. 그 밖에 제1호로부터 제4호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우
- ② 신용정보회사등이 개인의 질병, 상해 또는 그 밖에 이와 유사한 정보를 수집·조사하거나 제3자에게 제공하려면 미리 제32조제1항 각 호의 방식으로 해당 개인의 동의를 받아야 하며, 대통령령으로 정하는 목적으로만 그 정보를 이용하여야 한다.



【법규16】 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 시행령

제28조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)

- ① 삭제 <2015.9.11.>
- ② 신용정보제공·이용자는 법 제32조제1항 각 호 외의 부분 본문에 따라 해당 신용정보주체로부터 동의를 받으려면 다음 각 호의 사항을 미리 알아야 한다. 다만, 동의 방식의 특성상 동의 내용을 전부 표시하거나 알리기 어려운 경우에는 해당기관의 인터넷 홈페이지 주소나 사업장 전화번호 등 동의 내용을 확인할 수 있는 방법을 안내하고 동의를 받을 수 있다.
 1. 개인신용정보를 제공받는 자
 2. 개인신용정보를 제공받는 자의 이용 목적
 3. 제공하는 개인신용정보의 내용
 4. 개인신용정보를 제공받는 자(신용조회회사 및 신용정보집중기관은 제외한다)의 정보 보유 기간 및 이용 기간
- ③ 신용정보제공·이용자는 법 제32조제1항제4호에 따라 유무선 통신을 통하여 동의를 받는 경우에는 1개월 이내에 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지, 그 밖에 금융위원회가 정하여 고시하는 방법으로 제2항 각 호의 사항을 고지하여야 한다.
- ④ 법 제32조제1항제5호에서 "대통령령으로 정하는 방식"이란 정보 제공 동意的 안전성과 신뢰성이 확보될 수 있는 수단을 활용함으로써 해당 신용정보주체에게 동의 내용을 알리고 동意的 의사표시를 확인하여 동의를 받는 방식을 말한다.
- ⑤ 제4항의 방식으로 해당 신용정보주체로부터 개인신용정보의 제공에 관한 동의를 받는 경우 신용정보제공·이용자와 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 다음 각 호의 사항 등을 고려하여 정보 제공동意的 안전성과 신뢰성이 확보될 수 있는 수단을 채택하여 활용하여야 한다.
 1. 금융거래 등 상거래관계의 유형·특성·위험도
 2. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자의 업무 또는 업종의 특성
 - 가. 신용정보제공·이용자
 - 나. 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자
 - 다. 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자
3. 정보 제공 동의를 받아야 하는 신용정보주체의 수

- ⑥ 법 제32조제2항에 따라 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 다음 각 호의 사항을 해당 개인에게 알리고 동의를 받아야 한다. 다만, 동의방식의 특성상 동의 내용을 전부 표시하거나 알리기 어려운 경우에는 해당 기관의 인터넷 홈페이지 주소나 사업장 전화번호 등 동의 내용을 확인할 수 있는 방법을 안내하고 동의를 받을 수 있다.
 1. 개인신용정보를 제공하는 자
 2. 개인신용정보를 제공받는 자의 이용 목적
 3. 제공받는 개인신용정보의 항목
 4. 개인신용정보를 제공받는 것에 대한 동의의 효력기간
 5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용
- ⑦ 법 제32조제3항에 따라 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관은 개인신용정보를 제공받으려는 자가 해당 신용정보주체로부터 동의를 받았는지를 서면, 전자적 기록 등으로 확인하고, 확인한 사항의 진위 여부를 주기적으로 점검하여야 한다.
- ⑧ 법 제32조제4항 전단에 따라 신용정보제공·이용자가 필수적 동의사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하는 경우에는 다음 각 호의 사항 등을 고려해야 한다.
 1. 신용정보주체가 그 동의사항에 대하여 동의하지 아니하면 그 신용정보주체와의 금융거래 등 상거래관계를 설정·유지할 수 없는지 여부
 2. 해당 신용정보주체가 그 동의사항에 대하여 동의함으로써 제공·활용되는 개인 신용정보가 신용정보제공·이용자와의 상거래관계에 따라 신용정보주체에게 제공되는 재화 또는 서비스(신용정보주체가 그 신용정보제공·이용자에게 신청한 상거래관계에서 제공하기로 한 재화 또는 서비스를 그 신용정보제공·이용자와 별도의 계약 또는 약정 등을 체결한 제3자가 신용정보주체에게 제공하는 경우를 포함한다)와 직접적으로 관련되어 있는지 여부
 3. 신용정보주체가 그 동의사항에 대하여 동의하지 아니하면 법 또는 다른 법령에 따른 의무를 이행할 수 없는지 여부
- ⑨ 신용정보제공·이용자가 법 제32조제4항 전단에 따라 필수적 동의 사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하여 동의를 받는 경우 동의서 양식을 구분하는 등의 방법으로 신용정보주체가 각 동의사항을 쉽게 이해할 수 있도록 하여야 한다.
- ⑩ 법 제32조제6항제4호에서 "채권추심(추심채권을 추심하는 경우만 해당한다), 인가·허가의 목적, 기업의 신용도 판단, 유가증권의 양수 등 대통령령으로 정하는 목적"이란 다음 각 호의 목적을 말한다.
 1. 채권추심을 의뢰한 채권자가 채권추심의 대상이 되는 자의 개인신용정보를 채권추심회사에 제공하거나 채권추심회사로부터 제공받기 위한 목적
 2. 채권자 또는 채권추심회사가 변제기일까지 채무를 변제하지 않는 자 또는 채권추심의 대상이 되는 자에 대한 개인신용정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사로부터 제공받기 위한 목적
 3. 행정기관이 인가·허가 업무에 사용하기 위하여 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사로부터 개인신용정보를 제공받기 위한 목적

4. 해당 기업과의 금융거래 등 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위하여 그 기업의 대표자 및 제2조제1항제3호의 각 목의 어느 하나에 해당하는 자의 개인신용정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관으로부터 제공받기 위한 목적
5. 제21조제2항에 따른 금융기관이 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위하여 또는 어음·수표 소지인이 어음·수표의 발행인, 인수인, 배서인 및 보증인의 변제 의사 및 변제자력을 확인하기 위하여 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관으로부터 어음·수표의 발행인, 인수인, 배서인 및 보증인의 개인신용정보를 제공받기 위한 목적
6. 「민법」 제450조에 따라 지명채권을 양수한 신용정보제공·이용자가 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에 그 지명채권의 채무자의 개인신용정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관에 제공하거나 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 제공받기 위한 목적
 - 가. 지명채권의 양도인이 그 지명채권의 원인이 되는 상거래관계가 설정될 당시 법 제32조제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 채무자의 개인신용정보를 제공하거나 제공받는 것에 대하여 해당 채무자로부터 동의를 받은 경우
 - 나. 법 또는 다른 법령에 따라 그 지명채권의 채무자의 개인신용정보를 제공하거나 제공받을 수 있는 경우
- ⑪ 법 제32조제6항제11호에서 "대통령령으로 정하는 경우"란 다음 각 호의 경우를 말한다.
 1. 장외파생상품 거래의 매매에 따른 위험 관리 및 투자자보호를 위해 장외파생상품 거래와 관련된 정보를 금융위원회, 금융감독원 및 한국은행에 제공하는 경우
 2. 「상법」 제719조에 따른 책임보험계약의 제3자에 대한 정보를 보험사가 조사·방지를 위해 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우
 3. 「상법」 제726조의2에 따른 자동차보험계약의 제3자의 정보를 보험사가 조사·방지를 위해 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우
- ⑫ 신용정보회사등이 법 제32조제7항 본문에 따라 신용정보주체에게 개인신용정보의 제공 사실 및 이유 등을 사전에 알리는 경우와 같은 항 단서에 따라 불가피한 사유로 인하여 사후에 알리거나 공시하는 경우에 그 제공의 이유 및 그 알리거나 공시하는 자별로 알리거나 공시하는 시기 및 방법은 별표 2의2와 같다.
- ⑬ 법 제32조제8항에서 "대통령령으로 정하는 자"란 제2조제6항제7호가목부터 허목까지의 자를 말한다.
- ⑭ 법 제32조제8항에서 "제공하는 신용정보의 범위 등 대통령령으로 정하는 사항"이란 제공하는 개인신용정보의 범위, 제공받는 자의 신용정보 관리·보호 체계를 말한다.



【법규17】 약사법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1.~4. (생략)

5. "한약"이란 동물·식물 또는 광물에서 채취된 것으로 주로 원형대로 건조·절단 또는 정제된 생약(生藥)을 말한다.
6. "한약제제(韓藥製劑)"란 한약을 한방원리에 따라 배합하여 제조한 의약품을 말한다. (이하 생략)



【법규18】어린이놀이시설 안전관리법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

1. "어린이놀이기구"란 어린이가 놀이를 위하여 사용할 수 있도록 제조된 그네, 미끄럼틀, 공중놀이기구, 회전놀이기구 등으로서 「어린이제품 안전 특별법」 제2조제9호에 따른 안전인증대상어린이제품을 말한다.
2. "어린이놀이시설"이라 함은 어린이놀이기구가 설치된 실내 또는 실외의 놀이터로서 대통령령으로 정하는 것을 말한다.
3. "관리주체"라 함은 어린이놀이시설의 소유자로서 관리책임이 있는 자, 다른 법령에 의하여 어린이놀이시설의 관리자로 규정된 자 또는 그 밖에 계약에 의하여 어린이놀이시설의 관리책임을 진 자를 말한다.
4. "안전진단"이라 함은 제4조의 안전감사기관이 어린이놀이시설에 대하여 조사·측정·안전성 평가 등을 하여 해당 어린이놀이시설의 물리적·기능적 결함을 발견하고 그에 대한 신속하고 적절한 조치를 하기 위하여 수리·개선 등의 방법을 제시하는 행위를 말한다.

제4조(안전감사기관의 지정 등)

- ① 행정안전부장관은 어린이놀이시설의 안전성을 확보하기 위하여 설치검사·정기시설검사 또는 안전진단을 행하는 기관(이하 "안전감사기관"이라한다)을 지정할 수 있다.
- ② 제1항에 따라 안전감사기관으로 지정을 받고자 하는 법인 또는 단체(지방자치단체를 포함한다)는 검사장비 및 검사인력 등 대통령령이 정하는 지정요건을 갖추어 행정안전부장관에게 신청하여야 한다.
- ③ 행정안전부장관은 제2항에 따른 지정 신청이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 안전감사기관으로 지정하여야 한다.
 1. 영리를 목적으로 하는 법인 또는 단체인 경우
 2. 관리주체가 법인 또는 단체이거나 관리주체를 구성원으로 하는 법인 또는 단체인 경우
 3. 어린이놀이기구의 제조업자, 설치업자 또는 유통업자를 구성원으로 하는 법인 또는 단체인 경우
 4. 제2항에 따른 지정요건을 갖추지 못한 경우
 5. 그 밖에 이 법 또는 다른 법령에 따른 제한에 위반되는 경우
- ④ 행정안전부장관은 제1항의 규정에 따라 지정을 받은 안전감사기관에 설치검사업무 등의 수행에 필요한 지원을 할 수 있다.
- ⑤ 제1항 및 제2항의 규정에 따른 안전감사기관의 지정방법·절차 등에 관하여 필요한 사항은 행정안전부령으로 정한다.



【법규19】어린이놀이시설 안전관리법 시행령

■ 어린이놀이시설 안전관리법 시행령 [별표 2]

어린이놀이시설(제2조 관련)

어린이놀이기구가 다음 각 호의 어느 하나의 장소에 설치된 경우 해당 놀이시설

1. 「공중위생관리법」 제2조제1항제3호에 따른 목욕장업을 하는 자의 영업소
2. 「도로법」 제2조제2호가목에 따른 휴게시설
3. 「도시공원 및 녹지 등에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 도시공원
4. 「식품위생법」 제36조제1항제3호에 따른 식품접객업을 하는 자의 영업소
5. 「아동복지법」 제3조제10호에 따른 아동복지시설
6. 「영유아보육법」 제2조제3호에 따른 어린이집 및 같은 법 제7조에 따른 육아종합지원센터
7. 「유아교육법」 제2조제2호에 따른 유치원 및 같은 법 제6조에 따른 유아교육진흥원
8. 「유통산업발전법」 제2조제3호에 따른 대규모점포
9. 「의료법」 제3조제1항에 따른 의료기관
10. 「주택법」 제2조제12호에 따른 주택단지
11. 「초·중등교육법」 제2조제1호에 따른 초등학교 및 같은 조 제4호에 따른 특수학교
12. 「학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 학원
13. 어린이에게 놀이를 제공하는 것을 업으로 하는 자의 영업소
14. 「건축법」 제2조제2항제6호에 따른 종교시설
15. 「건축법」 제11조에 따른 건축허가를 받아 주택과 주택 외의 시설을 동일 건축물로 건축한 건축물(해당 건축물 중 주택이 차지하는 세대 수가 100세대 이상인 건축물에 한정한다)
16. 「관광진흥법」 제3조제1항제3호다목에 따른 야영장업을 하는 자가 야영편의를 위하여 제공하는 시설
17. 「도서관법」 제4조제2항제1호에 따른 공공도서관
18. 「박물관 및 미술관 진흥법」 제2조제1호에 따른 박물관
19. 「산림문화·휴양에 관한 법률」 제2조제2호에 따른 자연휴양림
20. 「하천법」 제2조제2호에 따른 하천구역 또는 같은 조 제3호에 따른 하천시설
21. 「과학관의 설립·운영에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 과학관
22. 「수목원·정원의 조성 및 진흥에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 수목원 및 같은 조 제1호의2에 따른 정원
23. 「하수도법」 제2조제9호에 따른 공공하수처리시설
24. 「국토의 계획 및 이용에 관한 법률 시행령」 제2조제1항제2호에 따른 공간시설 중 유원지



【법규20】여객자동차운수사업법 시행령

제3조(여객자동차운수사업의 종류)

법 제3조제2항에 따라 같은 조 제1항제1호 및 제2호에 따른 노선 여객자동차운수사업과 구역 여객자동차운수사업은 다음 각 호와 같이 세분한다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

1. 노선 여객자동차운송사업

- 가. 시내버스운송사업: 주로 특별시·광역시·특별자치시 또는 시(「제주특별자치도 설치 및 국제자유도시 조성을 위한 특별법」 제10조제2항에 따른 행정시를 포함한다. 이하 같다)의 단일 행정구역에서 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 광역급행형·직행좌석형·좌석형 및 일반형 등으로 그 운행형태를 구분한다.
- 나. 농어촌버스운송사업: 주로 군(광역시의 군은 제외한다)의 단일 행정구역에서 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 직행좌석형·좌석형 및 일반형 등으로 그 운행형태를 구분한다.
- 다. 마을버스운송사업: 주로 시·군·구의 단일 행정구역에서 기점·종점의 특수성이나 사용되는 자동차의 특수성 등으로 인하여 다른 노선 여객자동차운송사업자가 운행하기 어려운 구간을 대상으로 국토교통부령으로 정하는 기준에 따라 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업
- 라. 시외버스운송사업: 운행계통을 정하고 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업으로서 가목부터 다목까지의 사업에 속하지 아니하는 사업. 이 경우 국토교통부령이 정하는 바에 따라 고속형·직행형 및 일반형 등으로 그 운행형태를 구분한다.

2. 구역 여객자동차운송사업

- 가. 전세버스운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 전국을 사업구역으로 정하여 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업
- 나. 특수여객자동차운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 전국을 사업구역으로 하여 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 특수한 자동차를 사용하여 장례에 참여하는 자와 시체(유골을 포함한다)를 운송하는 사업
- 다. 일반택시운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 국토교통부령으로 정하는 사업구역에서 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 자동차를 사용하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 경형·소형·중형·대형·모범형 및 고급형 등으로 구분한다.
- 라. 개인택시운송사업: 운행계통을 정하지 아니하고 국토교통부령으로 정하는 사업구역에서 1개의 운송계약에 따라 국토교통부령으로 정하는 자동차 1대를 사업자가 직접 운전(사업자의 질병 등 국토교통부령으로 정하는 사유가 있는 경우는 제외한다)하여 여객을 운송하는 사업. 이 경우 국토교통부령으로 정하는 바에 따라 경형·소형·중형·대형·모범형 및 고급형 등으로 구분한다.



【법규21】 응급의료에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "응급환자"란 질병, 분만, 각종 사고 및 재해로 인한 부상이나 그 밖의 위급한 상태로 인

하여 즉시 필요한 응급처치를 받지 아니하면 생명을 보존할 수 없거나 심신에 중대한 위해(危害)가 발생할 가능성이 있는 환자 또는 이에 준하는 사람으로서 보건복지부령으로 정하는 사람을 말한다.

2. "응급의료"란 응급환자가 발생한 때부터 생명의 위험에서 회복되거나 심신상의 중대한 위해가 제거되기까지의 과정에서 응급환자를 위하여 하는 상담·구조(救助)·이송·응급처치 및 진료 등의 조치를 말한다.
3. "응급처치"란 응급의료행위의 하나로서 응급환자의 기도를 확보하고 심장박동의 회복, 그 밖에 생명의 위험이나 증상의 현저한 악화를 방지하기 위하여 긴급히 필요로 하는 처치를 말한다.
4. "응급의료종사자"란 관계 법령에서 정하는 바에 따라 취득한 면허 또는 자격의 범위에서 응급환자에 대한 응급医료를 제공하는 의료인과 응급구조사를 말한다.
5. "응급의료기관"이란 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.
6. "구급차등"이란 응급환자의 이송 등 응급의료의 목적에 이용되는 자동차, 선박 및 항공기 등의 이송수단을 말한다.
7. "응급의료기관등"이란 응급의료기관, 구급차등의 운전자 및 응급의료지원센터를 말한다.
8. "응급환자이송업"이란 구급차등을 이용하여 응급환자 등을 이송하는 업(業)을 말한다.

제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)

- ① 이 법에 따른 응급의료기관으로 지정받지 아니한 의료기관이 응급의료시설을 설치·운영하려면 보건복지부령으로 정하는 시설·인력 등을 갖추어 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. 다만, 종합병원의 경우에는 신고를 생략할 수 있다.
- ② 시장·군수·구청장은 제1항에 따른 신고를 받은 경우 그 내용을 검토하여 이 법에 적합하면 신고를 수리하여야 한다.



【법규22】 의료급여법 시행령

제13조(급여비용의 부담)

- ① 법 제10조에 따라 기금에서 부담하는 급여비용의 범위는 별표 1과 같다.
 1. 삭제 <2005.7.5.>
 2. 삭제 <2005.7.5.>
- ② 삭제 <2005.7.5.>
- ③ 제1항의 규정에 불구하고 법 제15조제1항의 규정에 의하여 의료급여가 제한되는 경우, 기금에 상당한 부담을 초래한다고 인정되는 경우 등 보건복지부령이 정하는 경우 또는 항목에 대하여는 보건복지부령이 정하는 금액을 수급권자가 부담한다.
- ④ 제1항의 규정에 따라 기금에서 부담하는 급여비용외에 수급권자가 부담하는 본인부담금(이하 "급여대상 본인부담금"이라 한다)과 제3항의 규정에 따라 수급권자가 부담하는 본인부담금은 의료급여기관의 청구에 의하여 수급권자가 의료급여기관에 지급한다.
- ⑤ 제4항의 규정에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금(별표 1 제1호 라목·마목, 같은 표 제2호마목·바목 및 같은 표 제3호에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금은 제외한다. 이하 이 조에서 같다)이 매 30일간 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과한 금액의 100분의 50에 해당하는 금액을 보건복지부령이 정하는 바에 따라 시장·군수·구청장이 수급권자에게 지급한다. 다만, 지급하여야 할 금액이 2천원 미만인 경우에는 이를 지급하지 아니한다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

1. 1종수급권자 : 2만원
2. 2종수급권자 : 20만원
- ⑥ 급여대상 본인부담금에서 제5항에 따라 지급받은 금액을 차감한 금액이 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과금액을 기금에서 부담한다. 다만, 초과금액이 2천원 미만인 경우에는 이를 수급권자가 부담한다.
 1. 1종수급권자 : 매 30일간 5만원
 2. 2종수급권자: 연간 80만원. 다만, 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원에 연간 240일을 초과하여 입원한 경우에는 연간 120만원으로 한다.
- ⑦ 시장·군수·구청장은 수급권자가 제6항 본문의 규정에 따라 기금에서 부담하여야 하는 초과금액을 의료급여기관에 지급한 경우에는 보건복지부령이 정하는 바에 따라 그 초과금액을 수급권자에게 지급하여야 한다.



【법규23】 의료법

제3조(의료기관)

- ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원
 - 나. 치과의원
 - 다. 한의원
 2. 조산원: 조산사가 조산과 임신부 및 신생아를 대상으로 보건의료활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
 3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 병원
 - 나. 치과병원
 - 다. 한방병원
 - 라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 정신병원
 - 바. 종합병원
- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

제3조의2(병원등)

병원·치과병원·한방병원 및 요양병원(이하 "병원등"이라 한다)은 30개 이상의 병상(병원·한방병원만 해당한다) 또는 요양병상(요양병원만 해당하며, 장기입원이 필요한 환자를 대상으로 의료행위를 하기 위하여 설치한 병상을 말한다)을 갖추어야 한다.

제3조의3(종합병원)

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 100개 이상의 병상을 갖춘 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것.
- ② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제3조의4(상급종합병원 지정)

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
 1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖춘 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제3조의5(전문병원 지정)

- ① 보건복지부장관은 병원급 의료기관 중에서 특정 진료과목이나 특정 질환 등에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 하는 병원을 전문병원으로 지정할 수 있다.
- ② 제1항에 따른 전문병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
 1. 특정 질환별·진료과목별 환자의 구성비율 등이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
 2. 보건복지부령으로 정하는 수 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 3. 최근 3년간 해당 의료기관 또는 그 개설자가 제64조제1항에 따른 3개월 이상의 의료업 정지나 개설 허가의 취소 또는 폐쇄 명령을 받은 사실이 없을 것
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 전문병원으로 지정하는 경우 제2항 각 호의 사항 및 진료의 난이도 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ④ 보건복지부장관은 제1항에 따라 전문병원으로 지정받은 의료기관에 대하여 3년마다 제3항에 따른 평가를 실시하여 전문병원으로 재지정할 수 있다.
- ⑤ 보건복지부장관은 제1항 또는 제4항에 따라 지정받거나 재지정받은 전문병원이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 지정 또는 재지정을 취소할 수 있다. 다만, 제1항에 해당하는 경우에는 그 지정 또는 재지정을 취소하여야 한다.
 1. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 지정 또는 재지정을 받은 경우

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

2. 지정 또는 재지정의 취소를 원하는 경우
3. 제2항제1호 또는 제2호의 요건에 해당하지 아니하여 제63조에 따른 시정명령을 받고 이를 이행하지 아니한 경우
4. 제64조제1항에 따라 의료업이 3개월 이상 정지되거나 개설 허가의 취소 또는 폐쇄 명령을 받은 경우
5. 전문병원예 소속된 의료인, 의료기관 개설자 또는 종사자가 제27조제1항 또는 제5항을 위반하여 전문병원 지정을 계속 유지하는 것이 부적절하다고 인정되는 경우
- ⑥ 보건복지부장관은 제3항 및 제4항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑦ 전문병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제53조(의사·치과의사 및 한의사 면허)

- ① 의사·치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 가진 자로서 제9조에 따른 의사·치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다.
 1. 「고등교육법」 제11조제2에 따른 인정기관(이하 "평가인증기구"라 한다)의 인증(이하 "평가인증기구의 인증"이라 한다)을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사·치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자
 2. 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고 석사학위 또는 박사학위를 받은 자
 3. 외국의 제1호나 제2호에 해당하는 학교(보건복지부장관이 정하여 고시하는 인정기준에 해당하는 학교를 말한다)를 졸업하고 외국의 의사·치과의사 또는 한의사 면허를 받은 자로서 제9조에 따른 예비시험에 합격한 자
- ② 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원을 6개월 이내에 졸업하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제1항제1호 및 제2호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다.
- ③ 제1항에도 불구하고 입학 당시 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원에 입학한 사람으로서 그 대학 또는 전문대학원을 졸업하고 해당 학위를 받은 사람은 같은 항 제1호 및 제2호의 자격을 가진 사람으로 본다.

제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)

- ① 보건복지부장관은 신의료기술평가에 관한 사항을 심의하기 위하여 보건복지부에 신의료기술평가위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다.
- ② 위원회는 위원장 1명을 포함하여 20명 이내의 위원으로 구성한다.
- ③ 위원은 다음 각 호의 자 중에서 보건복지부장관이 위촉하거나 임명한다. 다만, 위원장은 제1호 또는 제2호의 자 중에서 임명한다.
 1. 제28조제1항에 따른 의사회·치과의사회·한의사회에서 각각 추천하는 자
 2. 보건의료에 관한 학식이 풍부한 자
 3. 소비자단체에서 추천하는 자
 4. 변호사의 자격을 가진 자로서 보건의료와 관련된 업무에 5년 이상 종사한 경력이 있는 자
 5. 보건의료정책 관련 업무를 담당하고 있는 보건복지부 소속 5급 이상의 공무원④ 위원장과 위원의 임기는 3년으로 하되, 연임할 수 있다. 다만, 제3항제5호에 따른 공무원의 경우에는 재임기간으로 한다.
- ⑤ 위원의 자리가 빈 때에는 새로 위원을 임명하고, 새로 임명된 위원의 임기는 임명된 날부터

기산한다.

- ⑥ 위원회의 심의사항을 전문적으로 검토하기 위하여 위원회에 분야별 전문평가위원회를 둔다.
⑦ 그 밖에 위원회·전문평가위원회의 구성 및 운영 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.



【법규24】 의료법 시행규칙

■ 의료법 시행규칙 [별표 3]

의료기관의 종류별 시설기준(제34조 관련)

시설	종합병원 병원 요양병원	치과병원	한방병원	의원	치과 의원	한의원	조산원
1.~11.	(생략)						
11의2. 탕전실	1 (관련 한의과 진료 과목을 두고 탕전 을 하는 경우에만 갖춘다)	1 (관련 한의과 진료 과목을 두고 탕전 을 하는 경우에만 갖춘다)	1 (탕전을 하는 경우에만 갖춘 다)			1 (탕전을 하는 경우에만 갖 춘다)	
이하	(생략)						

■ 의료법 시행규칙 [별표 4]

의료기관의 시설규격(제34조 관련)

2. 중환자실

- 가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.
나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.
라. 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨 보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.
마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.
바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료를 갖추어야 한다.
사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.
아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아 중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.
자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.

차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.

카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.



【법규25】 자동차관리법 시행규칙

제2조(자동차의 종별 구분)

법 제3조제2항 및 제3항에 따른 자동차의 종류는 그 규모별 세부기준 및 유형별 세부기준에 따라 별표 1과 같이 구분한다.

■ 자동차관리법 시행규칙 [별표 1]

자동차의 종류(제2조관련)

1. 규모별 세부기준

종류	경형		소형	중형	대형
	초소형	일반형			
승용 자동차	배기량이 250cc(전기자동차의 경우 최고출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터·너비 1.5미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,000cc(전기자동차의 경우 최고출력이 80킬로와트) 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,600cc(전기자동차의 경우 최고출력이 1.7미터·높이 2.0미터 이하인 것)	배기량이 1,600cc 이상 2,000cc 미만이거나, 길이·너비·높이 중 어느 하나라도 소형을 초과하는 것	배기량이 2,000cc 이상이거나, 길이·너비·높이 모두 소형을 초과하는 것
승합 자동차	배기량이 1,000cc(전기자동차의 경우 최고출력이 80킬로와트) 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것		승차정원이 15인 이하이고, 길이 4.7미터·너비 1.7미터·높이 2.0미터 이하인 것	승차정원이 16인 이상 35인 이하이거나, 길이·너비·높이 중 어느 하나라도 소형을 초과하고, 길이가 9미터 미만인 것	승차정원이 36인 이상이거나, 길이·너비·높이 모두 소형을 초과하고, 길이가 9미터 이상인 것
화물 자동차	배기량이 250cc(전기자동차의 경우 최고출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터·너비 1.5미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,000cc(전기자동차의 경우 최고출력이 80킬로와트) 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	최대적재량이 1톤 이하이고, 총중량이 3.5톤 이하인 것	최대적재량이 1톤 초과 5톤 미만이거나, 총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것	최대적재량이 5톤 이상이거나, 총중량이 10톤 이상인 것
특수 자동차	배기량이 250cc(전기자동차의 경우 최고출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터·너비 1.5미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1,000cc(전기자동차의 경우 최고출력이 80킬로와트) 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	총중량이 3.5톤 이하인 것	총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것	총중량이 10톤 이상인 것
이륜 자동차	배기량이 50cc 미만(최고출력 4킬로와트 이하)인 것		배기량이 125cc 이하(최고출력 11킬로와트 이하)인 것	배기량이 125cc 초과 260cc 이하(최고출력 11킬로와트 초과 15킬로와트 이하)인 것	배기량이 260cc(최고출력 15킬로와트)를 초과하는 것

2. 유형별 세부기준

종류	유형별	세부기준
승용 자동차	일반형	2개 내지 4개의 문이 있고, 전후 2열 또는 3열의 좌석을 구비한 유선형인 것
	승용경화물형	차실안에 화물을 적재하도록 장치된 것
	다목적형	후래임형이거나 4륜구동장치 또는 차동제한장치를 갖추는 등 험로운행이 용이한 구조로 설계된 자동차로서 일반형 및 승용경화물형이 아닌 것
	기타형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 승용자동차인 것
승합 자동차	일반형	주목적이 여객운송용인 것
	특수형	특정한 용도(경의·현행·구급·보도·캠핑 등)를 가진 것
화물 자동차	일반형	보통의 화물운송용인 것
	덤프형	적재함을 원동기의 힘으로 기울여 적재물을 중력에 의하여 쉽게 미끄러뜨리는 구조의 화물운송용인 것
	벤형	지붕구조의 덮개가 있는 화물운송용인 것
	특수용도형	특정한 용도를 위하여 특수한 구조로 하거나, 기구를 장치한 것으로서 위 어느 형에도 속하지 아니하는 화물운송용인 것
특수 자동차	견인형	피견인차의 견인을 전용으로 하는 구조인 것
	구난형	고장·사고 등으로 운행이 곤란한 자동차를 구난·견인 할 수 있는 구조인 것
	특수용도형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 특수용도용인 것
이륜 자동차	일반형	자전거로부터 진화한 구조로서 사람 또는 소량의 화물을 운송하기 위한 것
	특수형	경주·오락 또는 운전을 즐기 위한 경쾌한 구조인 것
	기타형	3톤 이상인 것으로서 최대적재량이 100kg이하인 것

※ 비고

- 위 표 제1호 및 제2호에 따른 화물자동차 및 이륜자동차의 범위는 다음 각 목의 기준에 따른다.
 - 화물자동차 : 화물을 운송하기 적합하게 바닥 면적이 최소 2제곱미터 이상(소형·경형화물자동차로서 이동용 음식판매 용도인 경우에는 0.5제곱미터 이상, 그 밖에 초소형 화물자동차 및 특수용도형인 경형 화물자동차는 1제곱미터 이상을 말한다)인 화물적재공간을 갖춘 자동차로서 다음 각 호의 1에 해당하는 자동차
 - 승차공간과 화물적재공간이 분리되어 있는 자동차로서 화물적재공간의 윗부분이 개방된 구조의 자동차, 유류·가스 등을 운반하기 위한 적재함을 설치한 자동차 및 화물을 싣고 내리는 문을 갖춘 적재함이 설치된 자동차(구조·장치의 변경을 통하여 화물적재공간에 덮개가 설치된 자동차를 포함한다)
 - 승차공간과 화물적재공간이 동일 차실내에 있으면서 화물의 이동을 방지하기 위해 칸막이벽을 설치한 자동차로서 화물적재공간의 바닥면적이 승차공간의 바닥면적(운전석이 있는 열의 바닥면적을 포함한다)보다 넓은 자동차
 - 화물을 운송하는 기능을 갖추고 자체적하 기타 작업을 수행할 수 있는 설비를 함께 갖춘 자동차
 - 법 제33제1항제5호에서 "그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차"란 승용자동차에 해당하지 않는 자동차로서 다음의 어느 하나에 해당하는 자동차를 말한다.
 - 이륜인 자동차에 측차를 붙인 자동차
 - 내연기관을 이용한 동력발생장치를 사용하고, 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 냉각방식 등이 이륜자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차
 - 전동기를 이용한 동력발생장치를 사용하는 삼륜 또는 사륜의 자동차
- 위 표 제1호에 따른 규모별 세부기준에 대하여는 다음 각 목의 기준을 적용한다.
 - 사용연료의 종류가 전기인 자동차 중 최고출력 기준이 규정되어 있지 않은 자동차의 경

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

우에는 복수 기준 중 길이·너비·높이에 따라 규모를 구분하고, 「환경친화적자동차의 개발 및 보급촉진에 관한 법률」 제2조제5호에 따른 하이브리드자동차는 복수 기준 중 배기량과 길이·너비·높이에 따라 규모를 구분한다.

- 나. 복수의 기준중 하나가 작은 규모에 해당되고 다른 하나가 큰 규모에 해당되면 큰 규모로 구분한다.
- 다. 최고출력(maximum net power)은 구동전동기의 최대의 부하(負荷, load)상태에서 측정된 출력을 말한다.



【법규26】 자동차손해배상보장법 시행령

제2조(건설기계의 범위)

「자동차손해배상 보장법」(이하 "법"이라 한다) 제2조제1호에서 "「건설기계관리법」의 적용을 받는 건설기계 중 대통령령으로 정하는 것"이란 다음 각 호의 것을 말한다.

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴삭기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계
 - 가. 트럭지게차
 - 나. 도로보수트럭
 - 다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

제3조(책임보험금 등)

- ① 법 제5조제1항에 따라 자동차보유자가 가입하여야 하는 책임보험 또는 책임공제(이하 "책임보험등"이라 한다)의 보험금 또는 공제금(이하 "책임보험금"이라 한다)은 피해자 1명당 다음 각 호의 금액과 같다.
 1. 사망한 경우에는 1억5천만원의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액. 다만, 그손해액이 2천만원 미만인 경우에는 2천만원으로 한다.
 2. 부상한 경우에는 별표 1에서 정하는 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액. 다만, 그 손해액이 법 제15조제1항에 따른 자동차보험진료수가(診療酬價)에 관한 기준(이하 "자동차보험진료수가기준"이라 한다)에 따라 산출한 진료비 해당액에 미달하는 경우에는 별표 1에서 정하는 금액의 범위에서 그 진료비 해당액으로 한다.
 3. 부상에 대한 치료를 마친 후 더 이상의 치료효과를 기대할 수 없고 그 증상이 고정된 상태에서 그 부상이 원인이 되어 신체의 장애(이하 "후유장애"라 한다)가 생긴 경우에는 별표 2에서 정하는 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액
- ② 동일한 사고로 제1항 각 호의 금액을 지급할 둘 이상의 사유가 생긴 경우에는 다음 각 호의 방법에 따라 책임보험금을 지급한다.
 1. 부상한 자가 치료 중 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우에는 제1항제1호와 같은 항 제2호에 따른 한도금액의 합산액 범위에서 피해자에게 발생한 손해액

2. 부상한 자에게 후유장애가 생긴 경우에는 제1항제2호와 같은 항 제3호에 따른금액의 합산액
3. 제1항제3호에 따른 금액을 지급한 후 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우에는 제1항제1호에 따른 금액에서 같은 항 제3호에 따른 금액 중 사망한 날 이후에 해당하는 손해액을 뺀 금액
- ③ 법 제5조제2항에서 "대통령령으로 정하는 금액"이란 사고 1건당 2천만원의 범위에서 사고로 인하여 피해자에게 발생한 손해액을 말한다.



【법규27】 장애인복지법 시행규칙

제2조(장애인의 장애 정도 등)

- ① 「장애인복지법 시행령」(이하 "령"이라 한다) 제2조제2항에 따른 장애 정도는 별표 1과 같다.
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 장애 정도의 구체적인 판정기준을 정하여 고시할 수 있다. 이 경우 보건복지부장관은 해당 기준을 정하기 위하여 장애인에 대한 진단·재활·치료·교육 및 훈련 등에 관한 학식과 경험이 풍부한 전문가 및 관계 기관·법인·단체의 의견을 청취할 수 있으며, 필요한 경우 자문회의를 개최할 수 있다.



【법규28】 장애인복지법 시행령

제2조(장애인의 종류 및 기준)

- ① 「장애인복지법」(이하 "법"이라 한다) 제2조제2항 각 호 외의 부분에서 "대통령령으로 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자"란 별표 1에서 정한 사람을 말한다.
- ② 장애의 정도는 보건복지부령으로 정한다.



【법규29】 전자서명법

제2조(정의)

2. "전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.
가. 서명자의 신원
나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실



【법규30】 폭력행위 등 처벌에 관한 법률

제2조(폭행 등)

- ① 삭제 <2016.1.6.>
- ② 2명 이상이 공동하여 다음 각 호의 죄를 범한 사람은 「형법」 각 해당 조항에서 정한 형의 2분의 1까지 가중한다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

1. 「형법」 제260조제1항(폭행), 제283조제1항(협박), 제319조(주거침입, 퇴거불응) 또는 제366조(재물손괴 등)의 죄
2. 「형법」 제260조제2항(존속폭행), 제276조제1항(채포, 감금), 제283조제2항(존속협박) 또는 제324조제1항(강요)의 죄
3. 「형법」 제257조제1항(상해)·제2항(존속상해), 제276조제2항(존속채포, 존속감금) 또는 제350조(공갈)의 죄
- ③ 이 법(「형법」 각 해당 조항 및 각 해당 조항의 상습범, 특수범, 상습특수범, 각 해당 조항의 상습범의 미수범, 특수범의 미수범, 상습특수범의 미수범을 포함한다)을 위반하여 2회 이상 징역형을 받은 사람이 다시 제2항 각 호에 규정된 죄를 범하여 누범(累犯)으로 처벌할 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다.
 1. 제2항제1호에 규정된 죄를 범한 사람: 7년 이하의 징역
 2. 제2항제2호에 규정된 죄를 범한 사람: 1년 이상 12년 이하의 징역
 3. 제2항제3호에 규정된 죄를 범한 사람: 2년 이상 20년 이하의 징역
- ④ 제2항과 제3항의 경우에는 「형법」 제260조제3항 및 제283조제3항을 적용하지 아니한다.

제3조(집단적 폭행 등)

- ① 삭제 <2016.1.6.>
- ② 삭제 <2006.3.24.>
- ③ 삭제 <2016.1.6.>
- ④ 이 법(「형법」 각 해당 조항 및 각 해당 조항의 상습범, 특수범, 상습특수범, 각 해당 조항의 상습범의 미수범, 특수범의 미수범, 상습특수범의 미수범을 포함한다)을 위반하여 2회 이상 징역형을 받은 사람이 다시 다음 각 호의 죄를 범하여 누범으로 처벌할 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다.
 1. 「형법」 제261조(특수폭행)(제260조제1항의 죄를 범한 경우에 한정한다), 제284조(특수협박)(제283조제1항의 죄를 범한 경우에 한정한다), 제320조(특수주거침입) 또는 제369조제1항(특수손괴)의 죄: 1년 이상 12년 이하의 징역
 2. 「형법」 제261조(특수폭행)(제260조제2항의 죄를 범한 경우에 한정한다), 제278조(특수채포, 특수감금)(제276조제1항의 죄를 범한 경우에 한정한다), 제284조(특수협박)(제283조제2항의 죄를 범한 경우에 한정한다) 또는 제324조제2항(강요)의 죄: 2년 이상 20년 이하의 징역
 3. 「형법」 제258조의2제1항(특수상해), 제278조(특수채포, 특수감금)(제276조제2항의 죄를 범한 경우에 한정한다) 또는 제350조의2(특수공갈)의 죄: 3년 이상 25년 이하의 징역

제4조(단체등의 구성·활동)

- ① 이 법에 규정된 범죄를 목적으로 하는 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입하거나 그 구성원으로 활동한 사람은 다음 각 호의 구분에 따라 처벌한다.
 1. 수괴(首魁): 사형, 무기 또는 10년 이상의 징역
 2. 간부: 무기 또는 7년 이상의 징역
 3. 수괴·간부 외의 사람: 2년 이상의 유기징역
- ② 제1항의 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입한 사람이 단체 또는 집단의 위력을 과시하거나 단체 또는 집단의 존속·유지를 위하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 죄를 범하였을 때에는 그 죄에 대한 형의 장기(長期) 및 단기(短期)의 2분

의 1까지 가중한다.

1. 「형법」에 따른 죄 중 다음 각 목의 죄

가. 「형법」 제8장 공무방해에 관한 죄 중 제136조(공무집행방해), 제141조(공용서류 등의 무효, 공용물의 파괴)의 죄

나. 「형법」 제24장 살인의 죄 중 제250조제1항(살인), 제252조(촉탁, 승낙에 의한살인 등), 제253조(위계 등에 의한 촉탁살인 등), 제255조(예비, 음모)의 죄

다. 「형법」 제34장 신용, 업무와 경매에 관한 죄 중 제314조(업무방해), 제315조(경매, 입찰의 방해)의 죄

라. 「형법」 제38장 절도와 강도의 죄 중 제333조(강도), 제334조(특수강도), 제335조(준강도), 제336조(인질강도), 제337조(강도상해, 치상), 제339조(강도강간), 제340조제1항(해상강도)·제2항(해상강도상해 또는 치상), 제341조(상습범), 제343조(예비, 음모)의 죄

2. 제2조 또는 제3조의 죄(「형법」 각 해당 조항의 상습범, 특수범, 상습특수범을 포함한다)

③ 타인에게 제1항의 단체 또는 집단에 가입할 것을 강요하거나 권유한 사람은 2년 이상의 유기징역에 처한다.

④ 제1항의 단체 또는 집단을 구성하거나 그러한 단체 또는 집단에 가입하여 그 단체 또는 집단의 존속·유지를 위하여 금품을 모집한 사람은 3년 이상의 유기징역에 처한다.



【법규31】 한의약육성법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "한의약"이란 우리의 선조들로부터 전통적으로 내려오는 한의학(韓醫學)을 기초로 한 한방 의료행위와 이를 기초로 하여 과학적으로 응용·개발한 한방의료행위(이하 "한방의료"라 한다) 및 한약사(韓藥事)를 말한다.

2. "한약사"란 한약의 생산[한약재(韓藥材) 재배를 포함한다]·가공·제조·조제·수입·판매·감정·보관 또는 그 밖에 한약학 기술에 관련된 사항을 말한다.

3. "한의약기술"이란 한의약을 포함하여 한약제제(한약제제, 한약을 한방 원리에 따라 제조한 것을 말한다. 이하 제5호에서 같다) 및 한약재 재배(우수 품종 개발을 포함한다)·제조·유통·보관 등 한의약과 관련한 모든 상품 및 서비스에 관련된 기술로서 대통령령으로 정하는 것을 말한다.

4. "한약"이란 동물·식물 또는 광물에서 채취된 것으로서 주로 원형대로 건조·절단 또는 정제된 생약(生藥)을 말한다.

5. "한약재"란 한약 또는 한약제제를 제조하기 위하여 사용되는 원료 약재를 말한다.



【법규32】 형법

제24장 살인의 죄

제250조(살인, 존속살해)

① 사람을 살해한 자는 사형, 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

② 자기 또는 배우자의 직계존속을 살해한 자는 사형, 무기 또는 7년 이상의 징역에 처한다.

제251조 삭제<2023.8.8.>

제252조(촉탁, 승낙에 의한 살인등)

① 사람의 촉탁 또는 승낙을 받아 그를 살해한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.

② 사람을 교사 또는 방조하여 자살하게 한 자도 제1항의 형에 처한다.

제253조(위계등에 의한 촉탁살인등)

전조의 경우에 위계 또는 위계으로써 촉탁 또는 승낙하게 하거나 자살을 결의하게 한 때에는 제250조의 예에 의한다.

제254조(미수범)

제250조, 제252조 및 제253조의 미수범은 처벌한다.

제255조(예비, 음모)

제250조와 제253조의 죄를 범할 목적으로 예비 또는 음모한 자는 10년 이하의 징역에 처한다.

제256조(자격정지의 병과)

제250조, 제252조 또는 제253조의 경우에 유기징역에 처할 때에는 10년 이하의 자격정지를 병과할 수 있다.

제25장 **상해와 폭행의 죄**

제257조(상해, 존속상해)

① 사람의 신체를 상해한 자는 7년 이하의 징역, 10년 이하의 자격정지 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.

② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제1항의 죄를 범한 때에는 10년 이하의 징역 또는 1천500만원 이하의 벌금에 처한다.

③ 전 2항의 미수범은 처벌한다.

제258조(중상해, 존속중상해)

① 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 자는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.

② 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 자도 전항의 형과 같다

③ 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 전2항의 죄를 범한 때에는 2년 이상 15년 이하의 징역에 처한다.

제258조의2(특수상해)

① 단체 또는 다종의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제257조제1항 또는 제2항의 죄를 범한 때에는 1년 이상 10년 이하의 징역에 처한다.

② 단체 또는 다종의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제258조의 죄를 범한 때에는 2년 이상 20년 이하의 징역에 처한다.

③ 제1항의 미수범은 처벌한다.

제259조(상해치사)

① 사람의 신체를 상해하여 사망에 이르게 한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.

② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 전항의 죄를 범한 때에는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.

제260조(폭행, 존속폭행)

- ① 사람의 신체에 대하여 폭행을 가한 자는 2년 이하의 징역, 500만원 이하의 벌금, 구류 또는 과료에 처한다.
- ② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제1항의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 700만원 이하의 벌금에 처한다.
- ③ 제1항 및 제2항의 죄는 피해자의 명시한 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다.

제261조(특수폭행)

단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제260조제1항 또는 제2항의 죄를 범한 때에는 5년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.

제262조(폭행치사상)

전2조의 죄를 범하여 사람을 사망이나 상해에 이르게 한 때에는 제257조 내지 제259조의 예에 의한다.

제263조(동시범)

독립행위가 경합하여 상해의 결과를 발생하게 한 경우에 있어서 원인된 행위가 판명되지 아니한 때에는 공동정범의 예에 의한다.

제264조(상습범)

상습으로 제257조, 제258조, 제258조의2, 제260조 또는 제261조의 죄를 범한 때에는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다.

제265조(자격정지의 병과)

제257조제2항, 제258조, 제258조의2, 제260조제2항, 제261조 또는 전조의 경우에는 10년 이하의 자격정지를 병과할 수 있다.

제26장 과실치사상의 죄

제266조(과실치상)

- ① 과실로 인하여 사람의 신체를 상해에 이르게 한 자는 500만원 이하의 벌금, 구류 또는 과료에 처한다.
- ② 제1항의 죄는 피해자의 명시한 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다.

제267조(과실치사)

과실로 인하여 사람을 사망에 이르게 한 자는 2년 이하의 금고 또는 700만원 이하의 벌금에 처한다.

제268조(업무상과실·중과실 치사상)

업무상과실 또는 중대한 과실로 인하여 사람을 사망이나 상해에 이르게 한 자는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

제32장 강간과 추행의 죄

제297조(강간)

폭행 또는 협박으로 사람을 강간한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.

제297조의2(유사강간)

폭행 또는 협박으로 사람에 대하여 구강, 항문 등 신체(성기는 제외한다)의 내부에 성기를 넣거나 성기, 항문에 손가락 등 신체(성기는 제외한다)의 일부 또는 도구를 넣는 행위를 한 사람은 2년 이상의 유기징역에 처한다.

제298조(강제추행)

폭행 또는 협박으로 사람에 대하여 추행을 한 자는 10년 이하의 징역 또는 1천500만원 이하

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

의 벌금에 처한다.

제299조(조간간, 준강제추행)

사람의 심신상실 또는 항거불능의 상태를 이용하여 간음 또는 추행을 한 자는 제297조, 제297조의2 및 제298조의 예에 의한다.

제300조(미수범)

제297조, 제297조의2, 제298조 및 제299조의 미수범은 처벌한다.

제301조(강간등 상해·차상)

제297조, 제297조의2 및 제298조부터 제300조까지의 죄를 범한 자가 사람을 상해하거나 상해에 이르게 한 때에는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처한다.

제301조의2(강간등 살인·차사)

제297조, 제297조의2 및 제298조부터 제300조까지의 죄를 범한 자가 사람을 살해한 때에는 사형 또는 무기징역에 처한다. 사망에 이르게 한 때에는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다.

제302조(미성년자등에 대한 간음)

미성년자 또는 심신미약자에 대하여 위계 또는 위력으로써 간음 또는 추행을 한 자는 5년 이하의 징역에 처한다.

제303조(업무상위력등에 의한 간음)

- ① 업무, 고용 기타 관계로 인하여 자기의 보호 또는 감독을 받는 사람에 대하여 위계 또는 위력으로써 간음한 자는 7년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다.
- ② 법률에 의하여 구금된 사람을 감호하는 자가 그 사람을 간음한 때에는 10년 이하의 징역에 처한다.

제305조(미성년자에 대한 간음, 추행)

- ① 13세 미만의 사람에 대하여 간음 또는 추행을 한 자는 제297조, 제297조의2, 제298조, 제301조 또는 제301조의2의 예에 의한다.
- ② 13세 이상 16세 미만의 사람에 대하여 간음 또는 추행을 한 19세 이상의 자는 제297조, 제297조의2, 제298조, 제301조 또는 제301조의2의 예에 의한다.

제305조의2(상습범)

상습으로 제297조, 제297조의2, 제298조부터 제300조까지, 제302조, 제303조 또는 제305조의 죄를 범한 자는 그 죄에 정한 형의 2분의 1까지 가중한다.

제38장 절도와 강도의 죄

제339조(강도강간)

강도가 사람을 강간한 때에는 무기 또는 10년 이상의 징역에 처한다.



【법규33】 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률

제1조(목적)

이 법은 호스피스·완화의료와 임종과정에 있는 환자의 연명의료와 연명의료중단등결정 및 그 이행에 필요한 사항을 규정함으로써 환자의 최선의 이익을 보장하고 자기결정을 존중하여 인간으로서의 존엄과 가치를 보호하는 것을 목적으로 한다.

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "임종과정"이란 회생의 가능성이 없고, 치료에도 불구하고 회복되지 아니하며, 급속도로 증상이 악화되어 사망에 임박한 상태를 말한다.
2. "임종과정에 있는 환자"란 제16조에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 임종과정에 있다는 의학적 판단을 받은 자를 말한다.
3. "말기환자(末期患者)"란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.
4. "연명의료"란 임종과정에 있는 환자에게 하는 심폐소생술, 혈액 투석, 항암제 투여, 인공 호흡기 착용 및 그 밖에 대통령령으로 정하는 의학적 시술로서 치료효과 없이 임종과정의 기간만을 연장하는 것을 말한다.
5. "연명의료중단등결정"이란 임종과정에 있는 환자에 대한 연명의료를 시행하지 아니하거나 중단하기로 하는 결정을 말한다.
6. "호스피스·완화의료"(이하 "호스피스"라 한다)란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 질환으로 말기환자로 진단을 받은 환자 또는 임종과정에 있는 환자(이하 "호스피스대상환자"라 한다)와 그 가족에게 통증과 증상의 완화 등을 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 목적으로 하는 의료를 말한다.
가. 암
나. 후천성면역결핍증
다. 만성 폐쇄성 호흡기질환
라. 만성 간경화
마. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 질환
7. "담당의사"란 「의료법」에 따른 의사로서 말기환자 또는 임종과정에 있는 환자(이하 "말기환자등"이라 한다)를 직접 진료하는 의사를 말한다.
8. "연명의료계획서"란 말기환자등의 의사에 따라 담당의사가 환자에 대한 연명의료중단등결정 및 호스피스에 관한 사항을 계획하여 문서(전자문서를 포함한다)로 작성한 것을 말한다.
9. "사전연명의료의향서"란 19세 이상인 사람이 자신의 연명의료중단등결정 및 호스피스에 관한 의사를 직접문서(전자문서를 포함한다)로 작성한 것을 말한다.

제37조(보험 등의 불이익 금지)

이 법에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 사망한 사람과 보험금수령인 또는 연금수급자를 보험금 또는 연금급여 지급 시 불리하게 대우하여서는 아니 된다.



【법규34】 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "손해보험회사"란 「보험업법」 제4조에 따른 화재보험업의 허가를 받은 자를 말한다.
2. "특약부화재보험"이란 화재로 인한 건물의 손해와 제4조제1항에 따른 손해배상책임을 담보하는 보험을 말한다.

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

3. "특수건물"이란 국유건물·공유건물·교육시설·백화점·시장·의료시설·호텔장·숙박업소·다중이용업소·운수시설·공장·공동주택과 그 밖에 여러 사람이 출입 또는 근무하거나 거주하는 건물로서 화재의 위험이나 건물의 연적 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 건물을 말한다.
4. "소방시설"이란 「소방시설 설치 및 관리에 관한 법률」 제2조제2호에 따른 소방시설등, 「건축법」 제49조에 따른 피난시설, 그 밖에 소방 관련 시설로서 대통령령으로 정하는 것을 말한다.(신설)

제4조(특수건물 소유자의 손해배상책임) 제1항

- ① 특수건물의 소유자는 그 특수건물의 화재로 인하여 다른 사람이 사망하거나 부상을 입었을 때 또는 다른 사람의 재물에 손해가 발생한 때에는 과실이 없는 경우에도 제8조제1항 제2호에 따른 보험금액의 범위에서 그 손해를 배상할 책임이 있다. 이 경우 「실화책임에 관한 법률」에도 불구하고 특수건물의 소유자에게 경과실(輕過失)이있는 경우에도 또한 같다.

제8조(보험금액)

- ① 제5조에 따라 가입하는 보험의 보험금액은 다음 각 호의 구분에 따른다.
 1. 화재보험: 특수건물의 시가(時價)에 해당하는 금액
 2. 손해배상책임을 담보하는 보험에 해당하는 부분 중 다음 각 목의 구분에 따른 금액
 - 가. 사망의 경우 : 피해자 1명마다 5천만원 이상으로서 대통령령으로 정하는 금액
 - 나. 부상의 경우 : 피해자 1명마다 사망자에 대한 보험금액의 범위에서 대통령령으로 정하는 금액
 - 다. 재물에 대한 손해가 발생한 경우 : 화재 1건마다 1억원 이상으로서 국민의 안전 및 특수건물의 화재위험성 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 금액
- ② 제1항제1호에 규정한 시가의 결정에 관한 기준은 총리령으로 정한다.



【법규35】 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행규칙

제2조(손해액)

- ① 「화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행령」 (이하 "령"이라 한다) 제5조제1항 제1호에 따른 손해액은 다음 각 호의 금액을 더한 금액으로 한다.
 1. 화재로 인하여 사망한 때의 월급액이나 월실수입액(月實收入額) 또는 평균임금에 장래의 취업가능 기간을 곱한 금액
 2. 남자 평균임금의 100일분에 해당하는 장례비
- ② 영 제5조제1항제2호에 따른 손해액은 화재로 인하여 신체에 부상을 입은 경우에 그 부상을 치료하는 데에 드는 모든 비용으로 한다.
- ③ 영 제5조제1항제3호에 따른 손해액은 그 장애로 인한 노동력 상실 정도에 따라 피해를 입은 당시의 월급액이나 월실수입액 또는 평균임금에 장래의 취업가능기간을 곱한 금액으로 한다.
- ④ 영 제5조제1항제4호에 따른 손해액은 다음 각 호의 금액을 더한 금액으로 한다.
 1. 화재로 인하여 피해를 입은 당시의 그 물건의 교환가액 또는 필요한 수리를 하거나 이를 대신할 수리비
 2. 제1호의 수리로 인하여 수입에 손실이 있는 경우에는 수리기간 중 그 손실액



【법규36】 화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률 시행령

제2조(특수건물)

- ① 「화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률」(이하 "법"이라 한다) 제2조제3호에서 "대통령령으로 정하는 건물"이란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 건물을 말한다.
 1. 「국유재산법」 제5조제1항제1호에 따른 부동산 중 연면적이 1천제곱미터 이상인 건물 및 이 건물과 같은 용도로 사용하는 부속건물. 다만, 대통령 관저(官邸)와 특수용도로 사용하는 건물로서 금융위원회가 지정하는 건물을 제외한다.
 - 1의2. 「공유재산 및 물품 관리법」 제4조제1항제1호에 따른 부동산 중 연면적이 1천제곱미터 이상인 건물 및 이 건물과 같은 용도로 사용하는 부속건물. 다만, 「한국지방재정공제회법」에 따른 한국지방재정공제회(이하 "한국지방재정공제회"라 한다) 또는 「교육시설 등의 안전 및 유지관리 등에 관한 법률」 제35조에 따른 한국교육시설안전원이 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 지방자치단체 소유의 건물은 제외한다.
 2. 「학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 학원으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 2천제곱미터 이상인 건물
 3. 「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료기관으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물
 4. 「관광진흥법」 제3조제1항제2호에 따른 관광숙박업으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물
 5. 「공중위생관리법」 제2조제1항제2호에 따른 숙박업으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물
 6. 「공연법」 제2조제4호에 따른 공연장으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물
 7. 「방송법」 제2조제2호에 따른 방송사업을 목적으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물
 8. 「유통산업발전법」 제2조제3호에 따른 대규모점포로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물
 9. 「농수산물 유통 및 가격안정에 관한 법률」 제2조제2호 및 제6호에 따른 농수산물도매시장 및 민영농수산물도매시장으로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물. 다만, 한국지방재정공제회가 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 지방자치단체 및 지방공기업 소유의 건물을 제외한다.
 10. 다음 각 목의 영업으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 2천제곱미터 이상인 건물
 - 가. 「게임산업진흥에 관한 법률」 제2조제6호에 따른 게임제공업
 - 나. 「게임산업진흥에 관한 법률」 제2조제7호에 따른 인터넷컴퓨터게임시설제공업
 - 다. 「음악산업진흥에 관한 법률」 제2조제13호에 따른 노래연습장업
 - 라. 「식품위생법 시행령」 제21조제8호가목에 따른 휴게음식점영업
 - 마. 「식품위생법 시행령」 제21조제8호나목에 따른 일반음식점영업
 - 바. 「식품위생법 시행령」 제21조제8호다목에 따른 단란주점영업
 - 사. 「식품위생법 시행령」 제21조제8호라목에 따른 유흥주점영업

아. 「식품위생법 시행령」 제21조제9호에 따른 공유주방 운영업

11. 「초·중등교육법」 제2조 및 「고등교육법」 제2조에 따른 학교로 사용하는 건물로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물. 다만, 「교육시설 등의 안전 및 유지관리 등에 관한 법률」 제35조에 따른 한국교육시설안전원이 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 지방자치단체 소유의 건물은 제외한다.
12. 「주택법 시행령」 제3조제1항에 따른 공동주택으로서 16층 이상의 아파트 및 부속건물. 이 경우 「공동주택관리법」 제2조제1항제10호에 따른 관리주체에 의하여 관리되는 동일한 아파트단지 안에 있는 15층 이하의 아파트를 포함한다.
13. 「산업집적활성화 및 공장설립에 관한 법률」 제16조제1항에 따라 등록된 공장으로서 연면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 건물
14. 층수가 11층 이상인 건물. 다만, 아파트(제12호에 따른 아파트는 제외한다)·창고 및 모든 층을 주차용으로 사용하는 건물과 한국지방재정공제회가 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 지방자치단체 및 지방공기업 소유의 건물을 제외한다.
15. 「공중위생관리법」 제2조제1항제3호에 따른 목욕장업으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 2천제곱미터 이상인 건물
16. 「영화 및 비디오물의 진흥에 관한 법률」 제2조제10호에 따른 영화상영관으로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 2천제곱미터 이상인 건물
17. 「도시철도법」 제2조제3호가목에 따른 도시철도의 역사(驛舍) 및 역 시설로 사용하는 부분의 바닥면적의 합계가 3천제곱미터 이상인 역사 및 역 시설. 다만, 한국지방재정공제회가 운영하는 공제 중 특약부화재보험과 같은 정도의 손해를 보상하는 공제에 가입한 지방자치단체 및 지방공기업 소유의 역사 및 역 시설은 제외한다.
18. 「사격 및 사격장 안전관리에 관한 법률」 제5조에 따른 실내사격장으로 사용하는 건물
- ② 제1항제12호 및 제14호에 따른 건물의 층수 계산방법은 「건축법 시행령」 제119조제1항제9호에 따르되, 건축물의 옥상부분으로서 그 용도가 명백한 계단실 또는 물탱크실인 경우에는 층수로 산입하지 아니하며, 지하층은 이를 층으로 보지 아니한다.

제2조의2(소방시설) 법 제2조제4호에서 “대통령령으로 정하는 것”이란 다음 각 호의 것을 말한다.

1. 「소방시설 설치 및 관리에 관한 법률」 제6조제5항제3호에 따른 방화시설
2. 「건축법」 제49조제2항에 따라 설치되는 방화구획

제5조(보험금액)

- ① 법 제8조제1항제2호에 따라 특수건물의 소유자가 가입하여야 하는 보험의 보험금액은 다음 각 호의 기준을 충족하여야 한다.
 1. 사망의 경우: 피해자 1명마다 1억5천만원의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액. 다만, 손해액이 2천만원 미만인 경우에는 2천만원으로 한다.
 2. 부상의 경우: 피해자 1명마다 별표 1에 따른 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액
 3. 부상에 대한 치료를 마친 후 더 이상의 치료효과를 기대할 수 없고 그 증상이 고정된 상태에서 그 부상이 원인이 되어 신체에 생긴 장애(이하 "후유장애"라 한다)의 경우: 피해자 1명마다 별표 2에 따른 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액
 4. 재물에 대한 손해가 발생한 경우: 사고 1건마다 10억원의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액
- ② 하나의 사고로 제1항제1호부터 제3호까지 중 둘 이상에 해당하게 된 경우에는 다음 각 호

의 구분에 따라 보험금을 지급한다.

1. 부상당한 피해자가 치료 중 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우: 피해자 1명마다 제1항 제1호에 따른 금액과 같은 항 제2호에 따른 금액을 더한 금액
 2. 부상당한 피해자에게 후유장애가 생긴 경우: 피해자 1명마다 제1항제2호에 따른 금액과 같은 항 제3호에 따른 금액을 더한 금액
 3. 제1항제3호에 따른 금액을 지급한 후 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우: 피해자 1명마다 제1항제1호에 따른 금액에서 같은 항 제3호에 따른 금액 중 사망한 날 이후에 해당하는 손해액을 뺀 금액
- ③ 제1항 각 호에 따른 손해액의 범위는 총리령으로 정한다.

제8조(보험금 지급)

- ① 손해보험회사는 보험금의 지급 청구가 있을 때에는 정당한 사유가 있는 경우를 제외하고는 지체없이 해당 보험금을 지급하여야 한다.
- ② 손해보험회사는 제1항에 따라 보험금을 지급하였을 때에는 지체없이 다음 각 호의 사항을 보험계약자에게 통지하여야 한다.
 1. 보험금의 지급청구자와 수령자의 주소 및 성명
 2. 청구액과 지급액
 3. 피해자의 주소 및 성명



【법규37】 금융소비자 보호에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

- 1~7. (생략)
8. “금융소비자”란 금융상품에 관한 계약의 체결 또는 계약 체결의 권유를 하거나 청약을 받는 것(이하 “금융상품계약체결등”이라 한다)에 관한 금융상품판매업자의 거래상대방 또는 금융상품자문업자의 자문업무의 상대방인 전문금융소비자 또는 일반금융소비자를 말한다.
9. “전문금융소비자”란 금융상품에 관한 전문성 또는 소유자산규모 등에 비추어 금융상품 계약에 따른 위험감수능력이 있는 금융소비자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. 다만, 전문금융소비자 중 대통령령으로 정하는 자가 일반금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자 또는 금융상품자문업자(이하 “금융상품판매업자등”이라 한다)에게 서면으로 통지하는 경우 금융상품판매업자등은 정당한 사유가 있는 경우를 제외하고는 이에 동의하여야 하며, 금융상품판매업자등이 동의한 경우에는 해당 금융소비자는 일반금융소비자로 본다.
 - 가. 국가
 - 나. 「한국은행법」에 따른 한국은행
 - 다. 대통령령으로 정하는 금융회사
 - 라. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제9조제15항제3호에 따른 주권상장법인(투자성상품 중 대통령령으로 정하는 금융상품계약체결등을 할 때에는 전문금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자등에게 서면으로 통지하는 경우만 해당한다)
 - 마. 그 밖에 금융상품의 유형별로 대통령령으로 정하는 자
10. “일반금융소비자”란 전문금융소비자가 아닌 금융소비자를 말한다.

제17조(적합성원칙)

- ③ 금융상품판매업자들은 제2항 각 호의 구분에 따른 정보를 고려하여 그 일반금융소비자에게 적합하지 아니하다고 인정되는 계약 체결을 권유해서는 아니 된다. 이 경우 적합성 판단 기준은 제2항 각 호의 구분에 따라 대통령령으로 정한다.

제18조(적정성원칙)

- ② 금융상품판매업자는 제1항 각 호의 구분에 따라 확인한 사항을 고려하여 해당 금융상품이 그 일반금융소비자에게 적정하지 아니하다고 판단되는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 사실을 알리고, 그 일반금융소비자로부터 서명, 기명날인, 녹취, 그 밖에 대통령령으로 정하는 방법으로 확인을 받아야 한다. 이 경우 적정성 판단 기준은 제1항 각 호의 구분에 따라 대통령령으로 정한다.

제19조(설명 의무)

- ① 금융상품판매업자들은 일반금융소비자에게 계약 체결을 권유(금융상품판매업자가 자문에 응하는 것을 포함한다)하는 경우 및 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우에는 다음 각 호의 금융상품에 관한 중요한 사항(일반금융소비자가 특정 사항에 대한 설명만을 원하는 경우 해당 사항으로 한정한다)을 일반금융소비자가 이해할 수 있도록 설명하여야 한다.

1. 다음 각 목의 구분에 따른 사항

가. 보장성 상품

- 1) 보장성 상품의 내용
- 2) 보험료(공제료를 포함한다. 이하 같다)
- 3) 보험금(공제금을 포함한다. 이하 같다) 지급제한 사유 및 지급절차
- 4) 위험보장의 범위
- 5) 그 밖에 위험보장 기간 등 보장성 상품에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항

나. 투자성 상품

- 1) 투자성 상품의 내용
- 2) 투자에 따른 위험
- 3) 대통령령으로 정하는 투자성 상품의 경우 대통령령으로 정하는 기준에 따라 금융상품직접판매업자가 정하는 위험등급
- 4) 그 밖에 금융소비자가 부담해야 하는 수수료 등 투자성 상품에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항

다. 예금성 상품

- 1) 예금성 상품의 내용
- 2) 그 밖에 이자율, 수익률 등 예금성 상품에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항

라. 대출성 상품

- 1) 금리 및 변동 여부, 중도상환수수료(금융소비자가 대출만기일이 도래하기 전 대출금의 전부 또는 일부를 상환하는 경우에 부과하는 수수료를 의미한다. 이하 같다) 부과 여부·기간 및 수수료율 등 대출성 상품의 내용
- 2) 상환방법에 따른 상환금액·이자율·시기
- 3) 저당권 등 담보권 설정에 관한 사항, 담보권 실행사유 및 담보권 실행에 따른 담보목적물의 소유권 상실 등 권리변동에 관한 사항
- 4) 대출원리금, 수수료 등 금융소비자가 대출계약을 체결하는 경우 부담하여야 하는 금

액의 총액

- 5) 그 밖에 대출계약의 해지에 관한 사항 등 대출성 상품에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항
 2. 제1호 각 목의 금융상품과 연계되거나 제휴된 금융상품 또는 서비스 등(이하 “연계·제휴서비스등”이라 한다)이 있는 경우 다음 각 목의 사항
 - 가. 연계·제휴서비스등의 내용
 - 나. 연계·제휴서비스등의 이행책임에 관한 사항
 - 다. 그 밖에 연계·제휴서비스등의 제공기간 등 연계·제휴서비스등에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항
 3. 제46조에 따른 청약 철회의 기한·행사방법·효과에 관한 사항
 4. 그 밖에 금융소비자 보호를 위하여 대통령령으로 정하는 사항
 - ② 금융상품판매업자들은 제1항에 따른 설명에 필요한 설명서를 일반금융소비자에게 제공하여야 하며, 설명한 내용을 일반금융소비자가 이해하였음을 서명, 기명날인, 녹취 또는 그 밖에 대통령령으로 정하는 방법으로 확인을 받아야 한다. 다만, 금융소비자 보호 및 건전한 거래질서를 해칠 우려가 없는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우에는 설명서를 제공하지 아니할 수 있다.
 - ③ 금융상품판매업자들은 제1항에 따른 설명을 할 때 일반금융소비자의 합리적인 판단 또는 금융상품의 가치에 중대한 영향을 미칠 수 있는 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항을 거짓으로 또는 왜곡(불확실한 사항에 대하여 단정적 판단을 제공하거나 확실하다고 오인하게 할 소지가 있는 내용을 알리는 행위를 말한다)하여 설명하거나 대통령령으로 정하는 중요한 사항을 빠뜨려서는 아니 된다.
 - ④ 제2항에 따른 설명서의 내용 및 제공 방법·절차에 관한 세부내용은 대통령령으로 정한다.
- 제20조(불공정영업행위의 금지)**
- ① 금융상품판매업자들은 우월적 지위를 이용하여 금융소비자의 권익을 침해하는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위(이하 “불공정영업행위”라 한다)를 해서는 아니 된다.
 1. 대출성 상품, 그 밖에 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약체결과 관련하여 금융소비자의 의사에 반하여 다른 금융상품의 계약체결을 강요하는 행위
 2. 대출성 상품, 그 밖에 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약체결과 관련하여 부당하게 담보를 요구하거나 보증을 요구하는 행위
 3. 금융상품판매업자등 또는 그 임직원이 업무와 관련하여 편익을 요구하거나 제공받는 행위
 4. 대출성 상품의 경우 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 행위
 - 가. 자기 또는 제3자의 이익을 위하여 금융소비자에게 특정 대출 상환방식을 강요하는 행위
 - 나. 1)부터 3)까지의 경우를 제외하고 수수료, 위약금 또는 그 밖에 어떤 명목이든 중도 상환수수료를 부과하는 행위
 - 1) 대출계약이 성립한 날부터 3년 이내에 상환하는 경우
 - 2) 다른 법령에 따라 중도상환수수료 부가가 허용되는 경우
 - 3) 금융소비자 보호 및 건전한 거래질서를 해칠 우려가 없는 행위로서 대통령령으로 정하는 경우
 - 다. 개인에 대한 대출 등 대통령령으로 정하는 대출상품의 계약과 관련하여 제3자의 연대 보증을 요구하는 경우
5. 연계·제휴서비스등이 있는 경우 연계·제휴서비스등을 부당하게 축소하거나 변경하는 행위로서 대통령령으로 정하는 행위. 다만, 연계·제휴서비스등을 불가피하게 축소하거나 변경하더라도 금융소비자에게 그에 상응하는 다른 연계·제휴서비스등을 제공하는

경우와 금융상품판매업자등의 휴업·파산·경영상의 위기 등에 따른 불가피한 경우는 제외한다.

6. 그 밖에 금융상품판매업자등이 우월적 지위를 이용하여 금융소비자의 권익을 침해하는 행위

② 불공정영업행위에 관하여 구체적인 유형 또는 기준은 대통령령으로 정한다.

제21조(부당권유행위 금지)

금융상품판매업자등은 계약 체결을 권유(금융상품자문업자가 자문에 응하는 것을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)하는 경우에 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 해서는 아니 된다. 다만, 금융소비자 보호 및 건전한 거래질서를 해칠 우려가 없는 행위로서 대통령령으로 정하는 행위는 제외한다.

1. 불확실한 사항에 대하여 단정적 판단을 제공하거나 확실하다고 오인하게 할 소지가 있는 내용을 알리는 행위
2. 금융상품의 내용을 사실과 다르게 알리는 행위
3. 금융상품의 가치에 중대한 영향을 미치는 사항을 미리 알고 있으면서 금융소비자에게 알리지 아니하는 행위
4. 금융상품 내용의 일부에 대하여 비교대상 및 기준을 밝히지 아니하거나 객관적인 근거 없이 다른 금융상품과 비교하여 해당 금융상품이 우수하거나 유리하다고 알리는 행위
5. 보장성 상품의 경우 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 행위
 - 가. 금융소비자(이해관계인으로서 대통령령으로 정하는 자를 포함한다. 이하 이 호에서 같다)가 보장성 상품 계약의 중요한 사항을 금융상품직접판매업자에게 알리는 것을 방해하거나 알리지 아니할 것을 권유하는 행위
 - 나. 금융소비자가 보장성 상품 계약의 중요한 사항에 대하여 부실하게 금융상품직접판매업자에게 알릴 것을 권유하는 행위
6. 투자성 상품의 경우 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 행위
 - 가. 금융소비자로부터 계약의 체결권유를 해줄 것을 요청받지 아니하고 방문·전화 등 실시간 대화의 방법을 이용하는 행위
 - 나. 계약의 체결권유를 받은 금융소비자가 이를 거부하는 취지의 의사를 표시하였는데도 계약의 체결권유를 계속하는 행위
7. 그 밖에 금융소비자 보호 또는 건전한 거래질서를 해칠 우려가 있는 행위로서 대통령령으로 정하는 행위

제46조(청약의 철회)

- ① 금융상품판매업자등과 대통령령으로 각각 정하는 보장성 상품, 투자성 상품, 대출성 상품 또는 금융상품자문에 관한 계약의 청약의 한 일반금융소비자는 다음 각 호의 구분에 따른 기간(거래 당사자 사이에 다음 각 호의 기간보다 긴 기간으로 약정한 경우에는 그 기간) 내에 청약을 철회할 수 있다.

1. 보장성 상품: 일반금융소비자가 「상법」 제640조에 따른 보험증권을 받은 날부터 15일과 청약의 한 날부터 30일 중 먼저 도래하는 기간
2. 투자성 상품, 금융상품자문: 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날부터 7일
 - 가. 제23조제1항 본문에 따라 계약서류를 제공받은 날
 - 나. 제23조제1항 단서에 따른 경우 계약체결일
3. 대출성 상품: 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날[다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날보다 계약에 따른 금전·재화·용역(이하 이 조에서 “금전·재화등”)이라 한다]의 지급이 늦게 이루어진 경우에는 그 지급일]부터 14일

- 가. 제23조제1항 본문에 따라 계약서류를 제공받은 날
나. 제23조제1항 단서에 따른 경우 계약체결일
- ② 제1항에 따른 청약의 철회는 다음 각 호에서 정한 시기에 효력이 발생한다.
1. 보장성 상품, 투자성 상품, 금융상품자문: 일반금융소비자가 청약의 철회의사를 표시하기 위하여 서면(대통령령으로 정하는 방법에 따른 경우를 포함한다. 이하 이 절에서 “서면 등”이라 한다)을 발송한 때
 2. 대출성 상품: 일반금융소비자가 청약의 철회의사를 표시하기 위하여 서면등을 발송하고, 다음 각 목의 금전·재화등(이미 제공된 용역은 제외하며, 일정한 시설을 이용하거나 용역을 제공받을 수 있는 권리를 포함한다. 이하 이 항에서 같다)을 반환한 때

가. 이미 공급받은 금전·재화등
나. 이미 공급받은 금전과 관련하여 대통령령으로 정하는 이자
다. 해당 계약과 관련하여 금융상품판매업자들이 제3자에게 이미 지급한 수수료 등 대통령령으로 정하는 비용
- ③ 제1항에 따라 청약이 철회된 경우 금융상품판매업자들이 일반금융소비자로부터 받은 금전·재화등의 반환은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방법으로 한다.
1. 보장성 상품: 금융상품판매업자들은 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 이미 받은 금전·재화등을 반환하고, 금전·재화등의 반환이 늦어진 기간에 대하여는 대통령령으로 정하는 바에 따라 계산한 금액을 더하여 지급할 것
 2. 투자성 상품, 금융상품자문: 금융상품판매업자들은 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 이미 받은 금전·재화등을 반환하고, 금전·재화등의 반환이 늦어진 기간에 대해서는 대통령령으로 정하는 바에 따라 계산한 금액을 더하여 지급할 것. 다만, 대통령령으로 정하는 금액 이내인 경우에는 반환하지 아니할 수 있다.
 3. 대출성 상품: 금융상품판매업자들은 일반금융소비자로부터 제2항제2호에 따른 금전·재화등, 이자 및 수수료를 반환받은 날부터 3영업일 이내에 일반금융소비자에게 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 대출과 관련하여 일반금융소비자로부터 받은 수수료를 포함하여 이미 받은 금전·재화등을 반환하고, 금전·재화등의 반환이 늦어진 기간에 대해서는 대통령령으로 정하는 바에 따라 계산한 금액을 더하여 지급할 것
- ④ 제1항에 따라 청약이 철회된 경우 금융상품판매업자들은 일반금융소비자에 대하여 청약의 철회에 따른 손해배상 또는 위약금 등 금전의 지급을 청구할 수 없다.
- ⑤ 보장성 상품의 경우 청약이 철회된 당시 이미 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 아니한다. 다만, 일반금융소비자가 보험금의 지급사유가 발생했음을 알면서 청약을 철회한 경우에는 그러하지 아니하다.
- ⑥ 제1항부터 제5항까지의 규정에 반하는 특약으로서 일반금융소비자에게 불리한 것은 무효로 한다.
- ⑦ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 청약 철회권의 행사 및 그에 따른 효과 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제47조(위법계약의 해지)

- ① 금융소비자는 금융상품판매업자들이 제17조제3항, 제18조제2항, 제19조제1항·제3항, 제20조제1항 또는 제21조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5년 이내의 대통령령으로 정하는 기간 내에 서면등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있다. 이 경우 금융상품판매업자들은 해지를 요구받은 날부터 10일 이내에 금융소비자에게 수락여부를 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절사유를 함께 통지하여야 한다.
- ② 금융소비자는 금융상품판매업자들이 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

해당 계약을 해지할 수 있다.

- ③ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우 금융상품판매업자등은 수수료, 위약금 등 계약의 해지와 관련된 비용을 요구할 수 없다.
- ④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 계약의 해지요구권의 행사요건, 행사범위 및 정당한 사유 등과 관련하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.



【법규38】 특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률

제5조의13(어린이 보호구역에서 어린이 치사상의 가중처벌)

자동차등의 운전자가 「도로교통법」 제12조 제3항에 따른 어린이보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이(13세미만인 사람을 말한다. 이하 같다)에게 「교통사고처리 특례법」 제3조제1항의 죄를 범한 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌 한다.

- 1. 어린이를 사망에 이르게 한 경우에는 무기 또는 3년 이상의 징역에 처한다.
- 2. 어린이를 상해에 이르게 한 경우에는 1년 이상 15년 이하의 징역 또는 500만원 이상 3천만원 이하의 벌금에 처한다.



색인

(무)NH굿스타트건강보험2504 약관



특별약관 명	페이지

【무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관】

[1종] 대상포진노병진단비보장 특별약관	417
[1종] 대상포진진단비보장 특별약관	414
[1종, 2종] 144대질병수술비보장 특별약관, 144대질병수술비(태아보장)보장 특별약관	480
[1종, 2종] 2대질병(뇌, 심장)주요치료비(진단후10년, 연간1회한)보장 특별약관, 2대질병(뇌, 심장)주요치료비(진단후10년, 연간1회한)보장(태아보장) 특별약관	725
[1종, 2종] 2대질병후유장해(3~100%)보장 특별약관, 2대질병후유장해(3~100%)(태아보장)보장 특별약관	299
[1종, 2종] 5대골절수술비보장 특별약관, 5대골절수술비(태아보장)보장 특별약관	178
[1종, 2종] 5대골절진단비보장 특별약관, 5대골절진단비(태아보장)보장 특별약관	137
[1종, 2종] 5대장기이식수술비보장 특별약관	999
[1종, 2종] 각막이식수술비보장 특별약관	1002
[1종, 2종] 간병인사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(요양병원)보장 특별약관	261
[1종, 2종] 간병인사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)보장 특별약관	257
[1종, 2종] 간병인사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(요양병원)보장 특별약관	882
[1종, 2종] 간병인사용질병입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)보장 특별약관	877
[1종, 2종] 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(상급종합병원)보장 특별약관, 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(상급종합병원)(태아보장)보장 특별약관	274
[1종, 2종] 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)보장 특별약관, 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)(태아보장)보장 특별약관	265
[1종, 2종] 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(종합병원)보장 특별약관, 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(종합병원)(태아보장)보장 특별약관	269
[1종, 2종] 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(상급종합병원)보장 특별약관, 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(상급종합병원)(태아보장)보장 특별약관	898
[1종, 2종] 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)보장 특별약관, 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(요양병원제외)(태아보장)보장 특별약관	887
[1종, 2종] 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(종합병원)보장 특별약관, 간호·간병통합서비스사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(종합병원)(태아보장)보장 특별약관	892
[1종, 2종] 감상선기능항진증치료비(최초1회한)보장 특별약관	699
[1종, 2종] 갱신형 가족일상생활활동배상책임보험보장 특별약관	1349
[1종, 2종] 갱신형 감상선비늘생검조직병리진단비(급여)(연간1회한)보장 특별약관	1064
[1종, 2종] 갱신형 결핵질환자산정특례대상(최초1회한)보장 특별약관	1093
[1종, 2종] 갱신형 다빈치로봇암수술비(특정암)(최초1회한)보장 특별약관	1103
[1종, 2종] 갱신형 다빈치로봇암수술비(특정암제외)(최초1회한)보장 특별약관	1096

특별약관 명	페이지
[1종, 2종] 갱신형 독감(인플루엔자)항바이러스제치료비(연간1회한)보장 특별약관, 갱신형 독감(인플루엔자)항바이러스제치료비(연간1회한)(태아보장)보장 특별약관	1283
[1종, 2종] 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원, 진단후10년, 연간1회한)보장 특별약관, 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원, 진단후10년, 연간1회한)(태아보장)보장 특별약관	1143
[1종, 2종] 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원, 진단후10년, 치료별연간1회한)보장 특별약관, 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원, 진단후10년, 치료별연간1회한)(태아보장)보장 특별약관	1194
[1종, 2종] 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(종합병원, 진단후10년, 연간1회한)보장 특별약관, 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(종합병원, 진단후10년, 연간1회한)(태아보장)보장 특별약관	1125
[1종, 2종] 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(종합병원, 진단후10년, 치료별연간1회한)보장 특별약관, 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(종합병원, 진단후10년, 치료별연간1회한)(태아보장)보장 특별약관	1176
[1종, 2종] 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(진단후10년, 연간1회한)보장 특별약관, 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(진단후10년, 연간1회한)(태아보장)보장 특별약관	1109
[1종, 2종] 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(진단후10년, 치료별연간1회한)보장 특별약관, 갱신형 암주요치료비(유사암제외)(진단후10년, 치료별연간1회한)(태아보장)보장 특별약관	1160
[1종, 2종] 갱신형 암진단비(유사암제외)보장 특별약관, 갱신형 암진단비(유사암제외)(태아보장)보장 특별약관	1031
[1종, 2종] 갱신형 유방방늘생검조직병리진단비(급여)(연간1회한)보장 특별약관	1067
[1종, 2종] 갱신형 유사암주요치료비(상급종합병원, 진단후10년, 연간1회한)보장 특별약관, 갱신형 유사암주요치료비(상급종합병원, 진단후10년, 연간1회한)(태아보장)보장 특별약관	1152
[1종, 2종] 갱신형 유사암주요치료비(상급종합병원, 진단후10년, 치료별연간1회한)보장 특별약관, 갱신형 유사암주요치료비(상급종합병원, 진단후10년, 치료별연간1회한)(태아보장)보장 특별약관	1203
[1종, 2종] 갱신형 유사암주요치료비(종합병원, 진단후10년, 연간1회한)보장 특별약관, 갱신형 유사암주요치료비(종합병원, 진단후10년, 연간1회한)(태아보장)보장 특별약관	1134
[1종, 2종] 갱신형 유사암주요치료비(종합병원, 진단후10년, 치료별연간1회한)보장 특별약관, 갱신형 유사암주요치료비(종합병원, 진단후10년, 치료별연간1회한)(태아보장)보장 특별약관	1185
[1종, 2종] 갱신형 유사암주요치료비(진단후10년, 연간1회한)보장 특별약관, 갱신형 유사암주요치료비(진단후10년, 연간1회한)(태아보장)보장 특별약관	1117
[1종, 2종] 갱신형 유사암주요치료비(진단후10년, 치료별연간1회한)보장 특별약관, 갱신형 유사암주요치료비(진단후10년, 치료별연간1회한)(태아보장)보장 특별약관	1168
[1종, 2종] 갱신형 중증난치질환자(치매제외)산정특례대상(최초1회한)보장 특별약관, 갱신형 중증난치질환자(치매제외)산정특례대상(최초1회한)(태아보장)보장 특별약관	1087
[1종, 2종] 갱신형 중증외상산정특례대상(연간1회한)보장 특별약관	1084
[1종, 2종] 갱신형 중증질환(뇌혈관)산정특례대상(연간1회한)보장 특별약관, 갱신형 중증질환(뇌혈관)산정특례대상(연간1회한)(태아보장)보장 특별약관	1072
[1종, 2종] 갱신형 중증질환(뇌혈관)산정특례대상(최초1회한)보장 특별약관	1070
[1종, 2종] 갱신형 중증질환(심장)산정특례대상(연간1회한)보장 특별약관, 갱신형 중증질환(심장)산정특례대상(연간1회한)(태아보장)보장 특별약관	1078
[1종, 2종] 갱신형 중증질환(심장)산정특례대상(최초1회한)보장 특별약관	1075
[1종, 2종] 갱신형 중증질환자(암)산정특례대상(최초1회한)보장 특별약관, 갱신형 중증질환자(암)산정특례대상(최초1회한)(태아보장)보장 특별약관	1046
[1종, 2종] 갱신형 중증질환자(암)산정특례대상(이후전임진단비(최초1회한)보장 특별약관	1040

특별약관 명	페이지
[1종, 2종] 갱신형 중증화상산정특례대상(최초1회한)보장 특별약관	1081
[1종, 2종] 갱신형 추간판탈출증신경차단술치료비(급여)(연간1회한)보장 특별약관	1286
[1종, 2종] 갱신형 통합상해진단비(연간1회한)보장 특별약관, 갱신형 통합상해진단비(연간1회한)(태아보장)보장 특별약관	1028
[1종, 2종] 갱신형 통합암진단비(유사암제외)보장 특별약관	1035
[1종, 2종] 갱신형 특정면역항암약물허가치료비(연간1회한) 보장 특별약관, 갱신형 특정면역항암약물허가치료비(연간1회한)(태아보장) 보장 특별약관	1237
[1종, 2종] 갱신형 특정면역항암약물허가치료비(최초1회한)보장 특별약관, 갱신형 특정면역항암약물허가치료비(최초1회한)(태아보장)보장 특별약관	1228
[1종, 2종] 갱신형 특정부인과질환 고강도초음파집속술(HFU)치료비(연간1회한)보장 특별약관	1276
[1종, 2종] 갱신형 특정부인과질환 고강도초음파집속술(HFU)치료비(최초1회한)보장 특별약관	1272
[1종, 2종] 갱신형 특정유방방변진공흡인절제치료비(연간1회한)보장 특별약관	1281
[1종, 2종] 갱신형 특정유방방변진공흡인절제치료비(최초1회한)보장 특별약관	1279
[1종, 2종] 갱신형 특정항암호르몬약물허가치료비(기타피부암/갑상선암제외)(연간1회한)보장 특별약관, 갱신형 특정항암호르몬약물허가치료비(기타피부암/갑상선암제외)(연간1회한)(태아보장)보장 특별약관	1255
[1종, 2종] 갱신형 특정항암호르몬약물허가치료비(기타피부암/갑상선암제외)(최초1회한)보장 특별약관, 갱신형 특정항암호르몬약물허가치료비(기타피부암/갑상선암제외)(최초1회한)(태아보장)보장 특별약관	1246
[1종, 2종] 갱신형 표적항암약물허가치료비(연간1회한)보장 특별약관, 갱신형 표적항암약물허가치료비(연간1회한)(태아보장)보장 특별약관	1220
[1종, 2종] 갱신형 표적항암약물허가치료비(최초1회한)보장 특별약관, 갱신형 표적항암약물허가치료비(최초1회한)(태아보장)보장 특별약관	1212
[1종, 2종] 갱신형 항암방사선(세기조절)치료비(최초1회한)보장 특별약관, 갱신형 항암방사선(세기조절)치료비(최초1회한)(태아보장)보장 특별약관	1263
[1종, 2종] 갱신형 항암방사선(양성자)치료비(최초1회한)보장 특별약관, 갱신형 항암방사선(양성자)치료비(최초1회한) (태아보장)보장 특별약관	1267
[1종, 2종] 갱신형 항암방사선치료후4대합병증진단비(최초1회한)보장 특별약관, 갱신형 항암방사선치료후4대합병증진단비(최초1회한)(태아보장)보장 특별약관	1059
[1종, 2종] 갱신형 항암방사선치료후5대합병증진단비(최초1회한)보장 특별약관, 갱신형 항암방사선치료후5대합병증진단비(최초1회한)(태아보장)보장 특별약관	1054
[1종, 2종] 갱신형 희귀질환자산정특례대상(최초1회한)보장 특별약관, 갱신형 희귀질환자산정특례대상(최초1회한)(태아보장)보장 특별약관	1090
[1종, 2종] 결핵진단비보장 특별약관	404
[1종, 2종] 골다공증수술비보장 특별약관	532
[1종, 2종] 골절부목치료비보장 특별약관, 골절부목치료비(태아보장)보장 특별약관	203
[1종, 2종] 골절수술비(출산시골절포함)보장 특별약관, 골절수술비(출산시골절포함)(태아보장)보장 특별약관	176
[1종, 2종] 골절수술비보장 특별약관	173
[1종, 2종] 골절진단비(출산시골절포함)보장 특별약관, 골절진단비(출산시골절포함)(태아보장)보장 특별약관	133
[1종, 2종] 골절진단비(치아파절제외)(출산시골절포함)보장 특별약관, 골절진단비(치아파절제외)(출산시골절포함)(태아보장)보장 특별약관	135
[1종, 2종] 골절진단비(치아파절제외)보장 특별약관	132

특별약관 명	페이지
[1종, 2종] 골절진단비보장 특별약관	131
[1종, 2종] 관상동맥성형술(급여)(연간1회한)보장 특별약관	505
[1종, 2종] 관절염수술비보장 특별약관	529
[1종, 2종] 교통상해후유장해(80%미만)(비운전자)보장 특별약관	119
[1종, 2종] 교통상해후유장해(80%이상)(비운전자)보장 특별약관	115
[1종, 2종] 극소자체중아입원일당(3일이상60일한도)보장 특별약관	1015
[1종, 2종] 급성심근경색증진단비보장 특별약관, 급성심근경색증진단비(태아보장)보장 특별약관	369
[1종, 2종] 급성심근경색증혈전용해치료비(연간1회한)보장 특별약관	713
[1종, 2종] 급성심근경색증혈전용해치료비(최초1회한)보장	711
[1종, 2종] 기타피부암및갑상선암의전이암진단비보장 특별약관	339
[1종, 2종] 김스치료비보장 특별약관, 김스치료비(태아보장)보장 특별약관	990
[1종, 2종] 녹내장수술비보장 특별약관	526
[1종, 2종] 뇌경색증혈전용해치료비(연간1회한)보장 특별약관	709
[1종, 2종] 뇌경색증혈전용해치료비(최초1회한)보장	706
[1종, 2종] 뇌심혈관CT, MRI, 심장초음파, 뇌파, 뇌척수액검사비(급여, 연간1회한)보장 특별약관	723
[1종, 2종] 뇌심혈관조영술검사비(급여, 연간1회한)	720
[1종, 2종] 뇌전증진단비보장 특별약관	367
[1종, 2종] 뇌정위적방사선수술비(급여, 연간1회한)보장 특별약관	507
[1종, 2종] 뇌졸중진단비(신생아뇌출혈포함)보장 특별약관, 뇌졸중진단비(신생아뇌출혈포함)(태아보장)보장 특별약관	362
[1종, 2종] 뇌졸중진단비보장 특별약관	354
[1종, 2종] 뇌졸중혈전용해치료비(최초1회한) 특별약관	702
[1종, 2종] 뇌졸중혈전용해치료비보장(연간1회한) 특별약관	704
[1종, 2종] 뇌출혈진단비(신생아뇌출혈포함)보장 특별약관, 뇌출혈진단비(신생아뇌출혈포함)(태아보장)보장 특별약관	360
[1종, 2종] 뇌출혈진단비보장 특별약관	352
[1종, 2종] 뇌혈관질환수술비보장 특별약관, 뇌혈관질환수술비(태아보장)보장 특별약관	496
[1종, 2종] 뇌혈관질환진단비(신생아뇌출혈포함)보장 특별약관, 뇌혈관질환진단비(신생아뇌출혈포함)(태아보장)보장 특별약관	365
[1종, 2종] 뇌혈관질환진단비보장 특별약관	356
[1종, 2종] 뇌혈관질환통원일당(상급종합병원) 보장 특별약관	957
[1종, 2종] 뇌혈관질환통원일당(요양병원제외, 연간30회한)보장 특별약관, 뇌혈관질환통원일당(요양병원제외, 연간30회한)(태아보장)보장 특별약관	960
[1종, 2종] 다온증후군진단비보장 특별약관	1304
[1종, 2종] 대장 양성신생물(폴립포함)진단비(연간1회한)보장 특별약관	350
[1종, 2종] 만성당뇨 합병증진단비보장 특별약관	398
[1종, 2종] 말기신부전증진단비보장 특별약관	400
[1종, 2종] 말기암호스피스통증완화치료비(가정형, 입원형)(최초1회한)보장 특별약관	693
[1종, 2종] 모성사망보장 특별약관	1289
[1종, 2종] 배상책임 특별약관 일반조항	1330

특별약관 명	페이지
[1종, 2종] 백내장수술비보장 특별약관	523
[1종, 2종] 보험료납입면제대상보장 특별약관	978
[1종, 2종] 보험료납입지원(유사암진단)보장 특별약관	342
[1종, 2종] 분만전후출혈수혈치료비보장 특별약관	1312
[1종, 2종] 상해흉단복원수술비보장 특별약관	184
[1종, 2종] 스포츠활동중 상해후유장해(80%미만)보장 특별약관	126
[1종, 2종] 스포츠활동중 상해후유장해(80%이상)보장 특별약관	123
[1종, 2종] 시청각질환수술비보장 특별약관	520
[1종, 2종] 식중독입원일당(4일이상120일한도)보장 특별약관, 식중독입원일당(4일이상120일한도)(태아보장)보장 특별약관	966
[1종, 2종] 신생아장해출생진단비보장 특별약관	1010
[1종, 2종] 신생아질병입원일당(4일이상120일한도)보장 특별약관	1017
[1종, 2종] 심근병증진단비보장 특별약관, 심근병증진단비(태아보장)보장 특별약관	392
[1종, 2종] 심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)진단비, 심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)진단비(태아보장)보장 특별약관	377
[1종, 2종] 심혈관특정질환 I 진단비보장 특별약관, 심혈관특정질환 I 진단비(태아보장)보장 특별약관	375
[1종, 2종] 아니필락시스쇼크진단비(연간1회한도)보장 특별약관	141
[1종, 2종] 암수술비(유사암제외)보장 특별약관, 암수술비(유사암제외)(태아보장)보장 특별약관	486
[1종, 2종] 암수술입원비(유사암제외)(1일이상20일한도)보장 특별약관, 암수술입원비(유사암제외)(1일이상20일한도)(태아보장)보장 특별약관	920
[1종, 2종] 암요양병원입원일당(1일이상90일한도)보장 특별약관	912
[1종, 2종] 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원, 진단후10년, 치료별연간1회한도)보장 특별약관, 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원, 진단후10년, 치료별연간1회한도)(태아보장)보장 특별약관	641
[1종, 2종] 암주요치료비(유사암제외)(종합병원, 진단후10년, 연간1회한도)보장 특별약관, 암주요치료비(유사암제외)(종합병원, 진단후10년, 연간1회한도)(태아보장)보장 특별약관	575
[1종, 2종] 암주요치료비(유사암제외)(종합병원, 진단후10년, 치료별연간1회한도)보장 특별약관, 암주요치료비(유사암제외)(종합병원, 진단후10년, 치료별연간1회한도)(태아보장)보장 특별약관	624
[1종, 2종] 암주요치료비(유사암제외)(진단후10년, 연간1회한도)보장 특별약관, 암주요치료비(유사암제외)(진단후10년, 연간1회한도)(태아보장)보장 특별약관	560
[1종, 2종] 암주요치료비(유사암제외)(진단후10년, 치료별연간1회한도)보장 특별약관, 암주요치료비(유사암제외)(진단후10년, 치료별연간1회한도)(태아보장)보장 특별약관	608
[1종, 2종] 암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상180일한도)보장 특별약관, 암직접치료입원일당(요양병원제외, 1일이상180일한도)(태아보장)보장 특별약관	904
[1종, 2종] 암직접치료통원일당(유사암제외)(상급종합병원)보장 특별약관, 암직접치료통원일당(유사암제외)(상급종합병원)(태아보장)보장 특별약관	945
[1종, 2종] 암직접치료통원일당(유사암제외)(요양병원제외)(연간30회한도)보장 특별약관, 암직접치료통원일당(유사암제외)(요양병원제외)(연간30회한도)(태아보장)보장 특별약관	935
[1종, 2종] 암진단비(유사암제외)(체증형)보장 특별약관, 암진단비(유사암제외)(태아보장)(체증형)보장 특별약관	309
[1종, 2종] 암진단비(유사암제외)보장 특별약관, 암진단비(유사암제외)(태아보장)보장 특별약관	303
[1종, 2종] 암특정재활치료비(급여)(1회1회, 연간1회한도)보장 특별약관	658

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

특별약관 명	페이지
[1종, 2종] 암특정통증완화치료비(기타피부암/갑상선암제외)(급여)(연간1회한)보장 특별약관	664
[1종, 2종] 암후유장해(3~100%)보장 특별약관, 암후유장해(3~100%)(태아보장)보장 특별약관	294
[1종, 2종] 양성뇌종양진단비Ⅱ 보장 특별약관, 양성뇌종양진단비Ⅱ (태아보장)보장 특별약관	346
[1종, 2종] 여성산과관련자궁적출수술비보장 특별약관	1315
[1종, 2종] 외모특정상해(머리, 목)수술비보장 특별약관	187
[1종, 2종] 위·십이지장 양성신생물(폴립포함)진단비(연간1회한)보장 특별약관	348
[1종, 2종] 유사암수술비보장 특별약관, 유사암수술비(태아보장)보장 특별약관	491
[1종, 2종] 유사암수술입원비(1일이상20일한도)보장 특별약관, 유사암수술입원비(1일이상20일한도)(태아보장)보장 특별약관	928
[1종, 2종] 유사암주요치료비(상급종합병원, 진단후10년, 연간1회한)보장 특별약관, 유사암주요치료비(상급종합병원, 진단후10년, 연간1회한)(태아보장)보장 특별약관	600
[1종, 2종] 유사암주요치료비(상급종합병원, 진단후10년, 치료별연간1회한)보장 특별약관, 유사암주요치료비(상급종합병원, 진단후10년, 치료별연간1회한)(태아보장)보장 특별약관	650
[1종, 2종] 유사암주요치료비(종합병원, 진단후10년, 연간1회한)보장 특별약관, 유사암주요치료비(종합병원, 진단후10년, 연간1회한)(태아보장)보장 특별약관	583
[1종, 2종] 유사암주요치료비(종합병원, 진단후10년, 치료별연간1회한)보장 특별약관, 유사암주요치료비(종합병원, 진단후10년, 치료별연간1회한)(태아보장)보장 특별약관	632
[1종, 2종] 유사암주요치료비(진단후10년, 연간1회한)보장 특별약관, 유사암주요치료비(진단후10년, 연간1회한)(태아보장)보장 특별약관	568
[1종, 2종] 유사암주요치료비(진단후10년, 치료별연간1회한)보장 특별약관, 유사암주요치료비(진단후10년, 치료별연간1회한)(태아보장)보장 특별약관	616
[1종, 2종] 유사암직접치료통원일당(상급종합병원)보장 특별약관, 유사암직접치료통원일당(상급종합병원)(태아보장)보장 특별약관	952
[1종, 2종] 유사암직접치료통원일당(요양병원제외)(연간30회한)보장 특별약관, 유사암직접치료통원일당(요양병원제외)(연간30회한)(태아보장)보장 특별약관	941
[1종, 2종] 유사암진단비(체중형)보장 특별약관, 유사암진단비(태아보장)(체중형)보장 특별약관	314
[1종, 2종] 유사암진단비보장 특별약관, 유사암진단비(태아보장)보장 특별약관	307
[1종, 2종] 유산수술비보장 특별약관	1309
[1종, 2종] 유산입원일당(4일이상120일한도)보장 특별약관	1318
[1종, 2종] 유산진단비보장 특별약관	1293
[1종, 2종] 응급실내원비(비응급제외)보장 특별약관, 응급실내원비(비응급제외)(태아보장)보장 특별약관	986
[1종, 2종] 의료사고법률비용보장 특별약관	1007
[1종, 2종] 인공와우이식수술비 특별약관, 인공와우이식수술비(태아보장) 특별약관	534
[1종, 2종] 일반상해사망(연만기형)보장 특별약관	111
[1종, 2종] 일반상해사망보장 특별약관	109
[1종, 2종] 일반상해수술비(1~8종)(시술포함)(급여)보장 특별약관, 일반상해수술비(1~8종)(시술포함)(급여)(태아보장)보장 특별약관	156
[1종, 2종] 일반상해수술비(1~5종)보장 특별약관, 일반상해수술비(1~5종)(태아보장)보장 특별약관	152
[1종, 2종] 일반상해수술비Ⅱ보장 특별약관, 일반상해수술비Ⅱ(태아보장)보장 특별약관	148
[1종, 2종] 일반상해수술비보장 특별약관, 일반상해수술비(태아보장)보장 특별약관	145

특별약관 명	페이지
[1종, 2종] 일반상해입원수술비(당일입원제외) 특별약관, 일반상해입원수술비(당일입원제외)(태아보장) 특별약관	166
[1종, 2종] 일반상해입원일당(181일이상365일한도)(요양/정신/한방병원제외)보장 특별약관	216
[1종, 2종] 일반상해입원일당(1일이상180일한도)보장 특별약관, 일반상해입원일당(1일이상180일한도)(태아보장)보장 특별약관	214
[1종, 2종] 일반상해입원일당(상급종합병원, 1인실, 1일이상60일한도)보장 특별약관, 일반상해입원일당(상급종합병원, 1인실, 1일이상60일한도)(태아보장)보장 특별약관	244
[1종, 2종] 일반상해입원일당(상급종합병원, 1일이상180일한도)보장 특별약관, 일반상해입원일당(상급종합병원, 1일이상180일한도)(태아보장)보장 특별약관	238
[1종, 2종] 일반상해입원일당(상급종합병원, 2~3인실, 1일이상30일한도)보장 특별약관, 일반상해입원일당(상급종합병원, 2~3인실, 1일이상30일한도)(태아보장)보장 특별약관	248
[1종, 2종] 일반상해입원일당(상급종합병원, 4~5인실, 1일이상30일한도)보장 특별약관, 일반상해입원일당(상급종합병원, 4~5인실, 1일이상30일한도)(태아보장)보장 특별약관	252
[1종, 2종] 일반상해입원일당(종합병원, 1인실, 1일이상30일한도)보장 특별약관, 일반상해입원일당(종합병원, 1인실, 1일이상30일한도)(태아보장)보장 특별약관	226
[1종, 2종] 일반상해입원일당(종합병원, 1일이상 180일한도)보장 특별약관, 일반상해입원일당(종합병원, 1일이상 180일한도)(태아보장)보장 특별약관	222
[1종, 2종] 일반상해입원일당(종합병원, 2~3인실, 1일이상30일한도)보장 특별약관, 일반상해입원일당(종합병원, 2~3인실, 1일이상30일한도)(태아보장)보장 특별약관	230
[1종, 2종] 일반상해입원일당(종합병원, 4~5인실, 1일이상30일한도)보장 특별약관, 일반상해입원일당(종합병원, 4~5인실, 1일이상30일한도)(태아보장)보장 특별약관	234
[1종, 2종] 일반상해입원일당(중환자실, 1일이상180일한도)보장 특별약관, 일반상해입원일당(중환자실, 1일이상180일한도)(태아보장)보장 특별약관	219
[1종, 2종] 일반상해입원후통원일당(3일이상계속입원, 20일한도) 특별약관, 일반상해입원후통원일당(3일이상계속입원, 20일한도)(태아보장) 특별약관	279
[1종, 2종] 일반상해재활치료비(급여)(1일1회환,연간15회환)보장 특별약관	190
[1종, 2종] 일반상해재활치료비(급여)(1일1회환,연간30회환)보장 특별약관	193
[1종, 2종] 일반상해재활치료비(급여)(1일1회환,연간60회환)보장 특별약관	196
[1종, 2종] 일반상해통원수술비(당일입원포함) 특별약관, 일반상해통원수술비(당일입원포함)(태아보장) 특별약관	163
[1종, 2종] 일반상해후유장해(50%이상)보장 특별약관, 일반상해후유장해(50%이상)(태아보장)보장 특별약관	113
[1종, 2종] 임신중독증진단비보장 특별약관	1291
[1종, 2종] 임신출산질환(유산제외)통원일당(10회환) 특별약관	1324
[1종, 2종] 임신출산질환수술비보장 특별약관	1306
[1종, 2종] 임신출산질환입원일당(4일이상120일한도)보장 특별약관	1321
[1종, 2종] 자동차사고 부상치료비(비운전자)보장 특별약관	199
[1종, 2종] 저체중아입원일당(3일이상60일한도)보장 특별약관	1013
[1종, 2종] 전이암진단비 보장 특별약관	329
[1종, 2종] 조혈모세포이식수술비보장 특별약관	509
[1종, 2종] 주요관절손상수술치료비(급여)(연간1회환)보장 특별약관	210
[1종, 2종] 주요심장염증질환진단비보장, 주요심장염증질환진단비(태아보장)보장 특별약관	394
[1종, 2종] 종대환 재생불량성빈혈진단비보장 특별약관	396

▶▶ 무배당 NH굿스타트건강보험2504 약관

특별약관 명	페이지
[1종, 2종] 중대한 특정상해수술비보장 특별약관	170
[1종, 2종] 중대한 화상 및 부식진단비보장 특별약관	139
[1종, 2종] 중증감상선암진단비 특별약관	326
[1종, 2종] 질병사망(연만기형)보장 특별약관	285
[1종, 2종] 질병사망보장 특별약관	284
[1종, 2종] 질병수술비(1~8종)(시술포함)(급여)보장 특별약관, 질병수술비(1~8종)(시술포함)(급여)(태아보장)보장 특별약관	474
[1종, 2종] 질병수술비(1~5종)II 보장 특별약관, 질병수술비(1~5종)II(태아보장)보장 특별약관	469
[1종, 2종] 질병수술비(4대특정질병제외)보장 특별약관, 질병수술비(4대특정질병제외)(태아보장)보장 특별약관	450
[1종, 2종] 질병수술비(경증질병제외)보장 특별약관, 질병수술비(경증질병제외)(태아보장) 특별약관	446
[1종, 2종] 질병수술비(상급종합병원)보장 특별약관, 질병수술비(상급종합병원)(태아보장)보장 특별약관	455
[1종, 2종] 질병수술비보장 특별약관, 질병수술비(태아보장)보장 특별약관	441
[1종, 2종] 질병입원수술비(당일입원제외) 특별약관, 질병입원수술비(당일입원제외)(태아보장) 특별약관	464
[1종, 2종] 질병입원일당(181일이상365일한도)(요양/정신/한방병원제외)보장 특별약관	815
[1종, 2종] 질병입원일당(1일이상180일한도)보장 특별약관, 질병입원일당(1일이상180일한도)(태아보장)보장 특별약관	812
[1종, 2종] 질병입원일당(상급종합병원, 1인실, 1일이상60일한도)보장 특별약관, 질병입원일당(상급종합병원, 1인실, 1일이상60일한도)(태아보장)보장 특별약관	859
[1종, 2종] 질병입원일당(상급종합병원, 2~3인실, 1일이상30일한도)보장 특별약관, 질병입원일당(상급종합병원, 2~3인실, 1일이상30일한도)(태아보장)보장 특별약관	865
[1종, 2종] 질병입원일당(상급종합병원, 4~5인실, 1일이상30일한도)보장 특별약관, 질병입원일당(상급종합병원, 4~5인실, 1일이상30일한도)(태아보장)보장 특별약관	871
[1종, 2종] 질병입원일당(종합병원, 1인실, 1일이상30일한도)보장 특별약관, 질병입원일당(종합병원, 1인실, 1일이상30일한도)(태아보장)보장 특별약관	834
[1종, 2종] 질병입원일당(종합병원, 1일이상 180일한도)보장 특별약관, 질병입원일당(종합병원, 1일이상 180일한도)(태아보장)보장 특별약관	828
[1종, 2종] 질병입원일당(종합병원, 2~3인실, 1일이상30일한도)보장 특별약관, 질병입원일당(종합병원, 2~3인실, 1일이상30일한도)(태아보장)보장 특별약관	840
[1종, 2종] 질병입원일당(종합병원, 4~5인실, 1일이상30일한도)보장 특별약관, 질병입원일당(종합병원, 4~5인실, 1일이상30일한도)(태아보장)보장 특별약관	846
[1종, 2종] 질병입원일당(중환자실, 1일이상180일한도)보장 특별약관	825
[1종, 2종] 질병입원후통원일당(3일이상계속입원, 20일한도) 특별약관, 질병입원후통원일당(3일이상계속입원, 20일한도)(태아보장) 특별약관	819
[1종, 2종] 질병재활치료비(급여)(1일 1회한, 연간15회한)보장 특별약관	550
[1종, 2종] 질병재활치료비(급여)(1일 1회한, 연간30회한)보장 특별약관	553
[1종, 2종] 질병재활치료비(급여)(1일 1회한, 연간60회한)보장 특별약관	557
[1종, 2종] 질병통원수술비(당일입원포함) 특별약관, 질병통원수술비(당일입원포함)(태아보장) 특별약관	460
[1종, 2종] 질병후유장해(50%이상)보장 특별약관, 질병후유장해(50%이상)(태아보장)보장 특별약관	291
[1종, 2종] 질병후유장해(80%미만)보장 특별약관, 질병후유장해(80%미만)(태아보장)보장 특별약관	289
[1종, 2종] 질병후유장해(80%이상)보장 특별약관, 질병후유장해(80%이상)(태아보장)보장 특별약관	286

특별약관 명	페이지
[1종, 2종] 창상봉합술치료비(1일1회한,연간3회한)보장 특별약관, 창상봉합술치료비(1일1회한,연간3회한)(태아보장)보장 특별약관	204
[1종, 2종] 창상봉합술치료비(안면부)(1일1회한,연간3회한)보장 특별약관, 창상봉합술치료비(안면부)(1일1회한,연간3회한)(태아보장)보장 특별약관	207
[1종, 2종] 출산전선별검사결과이상소견진단비보장 특별약관	1301
[1종, 2종] 충수염수술비보장 특별약관	515
[1종, 2종] 대반조기박리진단비보장 특별약관	1295
[1종, 2종] 통합상해진단비(연간1회한)보장 특별약관, 통합상해진단비(연간1회한)(태아보장)보장 특별약관	128
[1종, 2종] 통합암진단비(유사암제외)보장 특별약관	317
[1종, 2종] 통합전이암진단비(유사암제외)보장 특별약관	333
[1종, 2종] 특정5대기관양성신생물(폴립포함)수술비(연간1회한)보장 특별약관	512
[1종, 2종] 특정5대암진단비(식도·췌장·膵·뇌 및 중추신경계통·혈액암)보장 특별약관, 특정5대암진단비(식도·췌장·膵·뇌 및 중추신경계통·혈액암)(태아보장)보장 특별약관	322
[1종, 2종] 특정감상선기능저하증진단비(최초1회한)보장 특별약관	402
[1종, 2종] 특정고위험산모질환진단비보장 특별약관	1297
[1종, 2종] 특정뇌혈관질환진단비보장 특별약관, 특정뇌혈관질환진단비(태아보장)보장 특별약관	358
[1종, 2종] 특정순환계질환(3~5종)주요치료비(상급종합병원, 진단후10년,연간1회한)보장 특별약관, 특정순환계질환(3~5종)주요치료비(상급종합병원, 진단후10년,연간1회한)보장(태아보장) 특별약관	747
[1종, 2종] 특정순환계질환(3~5종)주요치료비(종합병원, 진단후10년,연간1회한)보장 특별약관, 특정순환계질환(3~5종)주요치료비(종합병원, 진단후10년,연간1회한)보장(태아보장) 특별약관	740
[1종, 2종] 특정순환계질환(3~5종)주요치료비(진단후10년,연간1회한)보장 특별약관, 특정순환계질환(3~5종)주요치료비(진단후10년,연간1회한)보장(태아보장) 특별약관	733
[1종, 2종] 특정순환계질환(4~5종)주요치료비(상급종합병원, 진단후10년,연간1회한)보장 특별약관, 특정순환계질환(4~5종)주요치료비(상급종합병원, 진단후10년,연간1회한)보장(태아보장) 특별약관	768
[1종, 2종] 특정순환계질환(4~5종)주요치료비(종합병원, 진단후10년,연간1회한)보장 특별약관, 특정순환계질환(4~5종)주요치료비(종합병원, 진단후10년,연간1회한)보장(태아보장) 특별약관	761
[1종, 2종] 특정순환계질환(4~5종)주요치료비(진단후10년,연간1회한)보장 특별약관, 특정순환계질환(4~5종)주요치료비(진단후10년,연간1회한)보장(태아보장) 특별약관	754
[1종, 2종] 특정순환계질환(5종)주요치료비(상급종합병원, 진단후10년,연간1회한)보장 특별약관, 특정순환계질환(5종)주요치료비(상급종합병원, 진단후10년,연간1회한)보장(태아보장) 특별약관	789
[1종, 2종] 특정순환계질환(5종)주요치료비(종합병원, 진단후10년,연간1회한)보장 특별약관, 특정순환계질환(5종)주요치료비(종합병원, 진단후10년,연간1회한)보장(태아보장) 특별약관	782
[1종, 2종] 특정순환계질환(5종)주요치료비(진단후10년,연간1회한)보장 특별약관, 특정순환계질환(5종)주요치료비(진단후10년,연간1회한)보장(태아보장) 특별약관	775
[1종, 2종] 특정순환계질환수술비(1~5종)(당뇨병및이상지질혈증포함)보장 특별약관	501
[1종, 2종] 특정순환계질환진단비(1~5종)(당뇨병및이상지질혈증포함)보장 특별약관	379
[1종, 2종] 특정순환계질환진단비(2~5종)보장 특별약관	382
[1종, 2종] 특정순환계질환진단비(3~5종)보장 특별약관	385
[1종, 2종] 특정순환계질환진단비(4~5종)보장 특별약관	387
[1종, 2종] 특정순환계질환진단비(5종)보장 특별약관	389

특별약관 명	페이지
[1종, 2종] 특정임신중당뇨병진단비보장 특별약관	1299
[1종, 2종] 특정전염병치료비보장 특별약관, 특정전염병치료비(태아보장)보장 특별약관	796
[1종, 2종] 특정폐혈증진단비	407
[1종, 2종] 특정허혈성심장질환진단비보장 특별약관, 특정허혈성심장질환진단비(태아보장)보장 특별약관	373
[1종, 2종] 특정허혈성심장질환혈전용해치료비(연간1회한)보장 특별약관	718
[1종, 2종] 특정허혈성심장질환혈전용해치료비(최초1회한) 특별약관	716
[1종, 2종] 항암방사선·약물치료비(연간1회한)보장 특별약관, 항암방사선·약물치료비(연간1회한)(태아보장)보장 특별약관	679
[1종, 2종] 항암방사선치료비(최초1회한)보장 특별약관, 항암방사선치료비(최초1회한)(태아보장)보장 특별약관	670
[1종, 2종] 항암방사선치료비(치료당)보장 특별약관, 항암방사선치료비(치료당)(태아보장)보장 특별약관	684
[1종, 2종] 항암약물치료비(최초1회한)보장 특별약관, 항암약물치료비(최초1회한)(태아보장)보장 특별약관	675
[1종, 2종] 항암약물치료비(치료당)보장 특별약관, 항암약물치료비(치료당)(태아보장)보장 특별약관	688
[1종, 2종] 허혈성심장질환수술비보장 특별약관	498
[1종, 2종] 허혈성심장질환진단비보장 특별약관, 허혈성심장질환진단비(태아보장)보장 특별약관	371
[1종, 2종] 허혈성심장질환통원일당(상급종합병원)보장 특별약관	963
[1종, 2종] 허혈성심장질환통원일당(요양병원제외, 연간30회한)보장 특별약관, 허혈성심장질환통원일당(요양병원제외, 연간30회한)(태아보장)보장 특별약관	969
[1종, 2종] 호흡기관련질환수술비보장 특별약관	517
[1종, 2종] 화상수술비보장 특별약관	181
[1종, 2종] 화상진단비보장 특별약관	138
[1종, 2종] 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원, 진단후10년,연간1회한)보장 특별약관, 암주요치료비(유사암제외)(상급종합병원, 진단후10년,연간1회한)(태아보장)보장 특별약관	591
[1종, 2종] 질병입원일당(상급종합병원, 1일이상180일한도)보장 특별약관, 질병입원일당(상급종합병원, 1일이상180일한도)(태아보장)보장 특별약관	852
[2종] 4대장애진단비보장 특별약관	991
[2종] ADHD진단비보장 특별약관	427
[2종] 기흉진단비(신생아기흉포함) 보장 특별약관, 기흉진단비(신생아기흉포함)(태아보장) 보장 특별약관	997
[2종] 기흉진단비보장 특별약관	995
[2종] 뇌성마비진단비보장 특별약관, 뇌성마비진단비(태아보장)보장 특별약관	994
[2종] 뇌하수체기능저하진단비 특별약관, 뇌하수체기능저하진단비(태아보장) 특별약관	440
[2종] 다발성소아암진단비보장 특별약관, 다발성소아암진단비(태아보장)보장 특별약관	408
[2종] 대상포진병진단비보장 특별약관	419
[2종] 대상포진진단비보장 특별약관	415
[2종] 모아모아병개두수술비보장 특별약관	542
[2종] 부정교합치료비보장 특별약관	810
[2종] 사시수술비 보장 특별약관	547
[2종] 선천이상수술비Ⅱ보장 특별약관, 선천이상수술비Ⅱ(태아보장)보장 특별약관	1024
[2종] 선천이상입원일당(1일이상120일한도)보장 특별약관, 선천이상입원일당(1일이상120일한도)(태아보장)보장 특별약관	1021
[2종] 성장판손상골절진단비 보장 특별약관, 성장판손상골절진단비(태아보장)보장 특별약관	143

특별약관 명	페이지
[2종] 성조숙증진단비보장 특별약관	429
[2종] 소아백혈병진단비보장 특별약관, 소아백혈병진단비(태아보장)보장 특별약관	411
[2종] 소아성장호르몬결핍증치료비(급여, 연간1회한)	797
[2종] 소아탈장수술비보장 특별약관, 소아탈장수술비(태아보장)보장 특별약관	544
[2종] 심장관련소아특정질병진단비보장 특별약관	425
[2종] 어린이12대다발성질병입원일당(4일이상180일한도)보장 특별약관, 어린이12대다발성질병입원일당(4일이상180일한도)(태아보장)보장 특별약관	975
[2종] 어린이심장개흉수술및특정시술비보장 특별약관, 어린이심장개흉수술및특정시술비(태아보장)보장 특별약관	538
[2종] 중증세균성수막염진단비보장 특별약관	422
[2종] 중증아토피진단비보장 특별약관	432
[2종] 중증틱장애진단비 보장 특별약관	434
[2종] 추가판장애통수술비보장 특별약관	1004
[2종] 치아보존치료비(영구치)보장 특별약관	805
[2종] 치아보존치료비(유치)보장 특별약관	800
[2종] 특정9대감염병진단비(연간1회한)보장 특별약관, 특정9대감염병치료비(연간1회한)(태아보장)보장 특별약관	421
[2종] 특정언어장애및말더듬증진단비(연간1회한)보장 특별약관	436
[2종] 특정정신장애진단비(연간1회한) 보장 특별약관	438
[2종] 폭력상해치료비보장 특별약관	212
[2종] 환경성질환및성장장애입원일당(1일이상120일한도)보장 특별약관, 환경성질환및성장장애입원일당(1일이상120일한도)(태아보장)보장 특별약관	972

【제도성 특별약관】

보험계약 변경 정산액 분할납입 특별약관	1378
보험료자동납입 특별약관	1363
이륜자동차 운전 및 탑승중 상해 부담보 특별약관	1363
자동갱신 적용대상 특별약관	1367
장애인전용보험전환 특별약관	1373
전자서명 특별약관	1372
지정대리청구서비스 특별약관	1365
출생전자녀가입 특별약관	1354
특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관	1359

- MEMO

A large, empty rectangular box with rounded corners, outlined in light blue, intended for writing a memo. The box is positioned below the 'MEMO' header and occupies most of the page area.

- MEMO

A large, empty rectangular box with rounded corners, outlined in light blue, intended for writing a memo. The box is positioned below the 'MEMO' header and occupies most of the page area.

- MEMO

A large, empty rectangular box with rounded corners, outlined in light blue, intended for writing a memo. The box is positioned below the 'MEMO' header and occupies most of the page area.