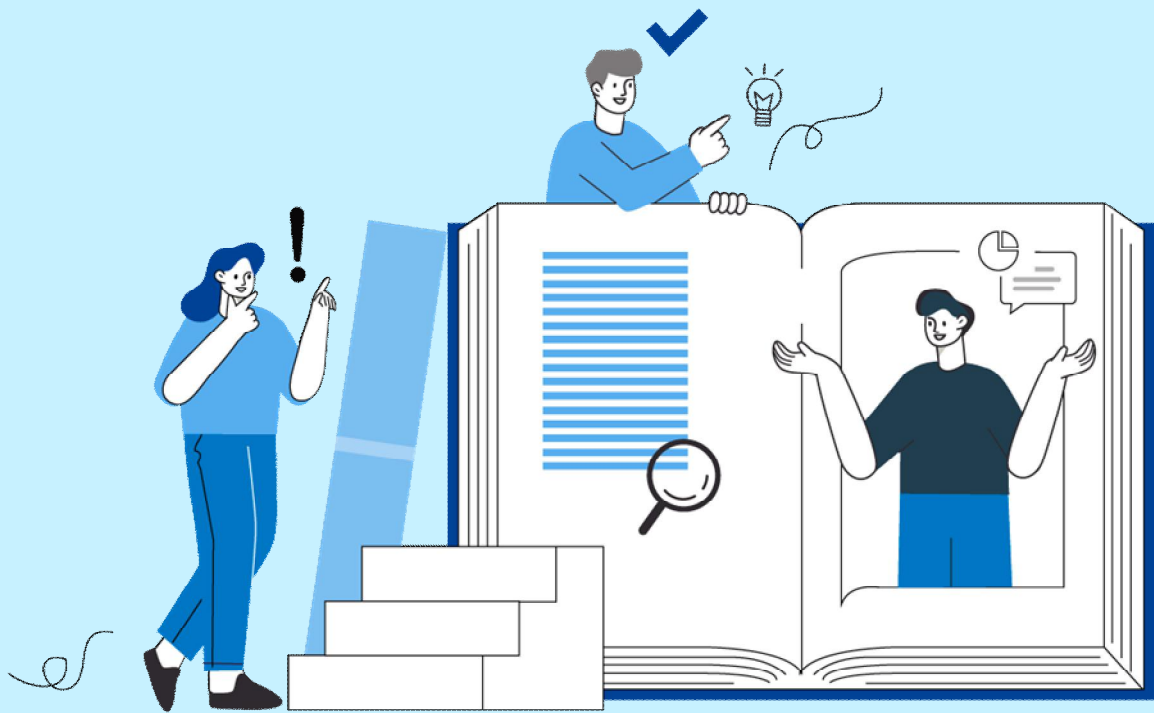


판매일자: 2023.08.01.

무배당

영리한 수술보장특약(갱신형)



산업은행계열 KDB생명

본 계약서류는 관련 법령 및 내부통제기준에 따른 절차를 거쳐 제공됨을 안내드립니다.

목차

제1관 목적 및 용어의 정의	4
제1조 (목적)	4
제2조 (용어의 정의)	4
제3조 (“수술”의 정의와 장소)	5
제2관 보험금의 지급	6
제4조 (보험금의 지급사유)	6
제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)	6
제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)	7
제7조 (보험금 등의 청구)	7
제8조 (보험금 등의 지급절차)	7
제9조 (보험수익자의 지정)	8
제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	8
제10조 (계약 전 알릴 의무)	8
제11조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)	9
제4관 특약의 성립과 유지	10
제12조 (특약의 체결 및 소멸)	10
제13조 (피보험자의 범위)	12
제14조 (특약의 자동갱신)	12
제15조 (특약의 보험기간)	13
제16조 (특약의 무효)	13
제17조 (특약내용의 변경 등)	13
제5관 보험료의 납입	14
제18조 (특약의 보장개시)	14
제19조 (특약보험료의 납입)	14
제20조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)	15
제21조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))	15
제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등	16
제22조 (계약자의 임의해지)	16
제23조 (해약환급금)	16

제7관 기타사항

16

제24조 (주계약 약관 규정의 준용)

16

(부표 1) 보험금 지급 기준표

17

(부표 2) 1~5종 수술분류표

18

(부표 3) 재해분류표

25

(부표 4) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산(제8조 제2항 및 제22조 제2항 관련)

27

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 (목적)

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 보험회사(이하 “회사”라 합니다) 사이에 제4조(보험금의 지급사유)에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조 (용어의 정의)

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

- 가. 계약자: 회사와 특약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 다. 보험증권: 특약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 라. 진단특약: 특약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 특약을 말합니다.
- 마. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해: “재해분류표”(부표3 참조)에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 의료기관: 의료법 제3조(의료기관)(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.
- 다. 의사: 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자를 말합니다.
- 라. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 특약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

【중요한 사항】

직업, 현재 및 과거 병력, 고위험 취미(예: 암벽등반, 패러글라이딩) 등을 말합니다.

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.

【단리와 복리】

이자율 계산법에 따라 단리와 복리로 나눕니다. 단리는 원금에 대해서만 이자를 계산하는 방법이고, 복리는 (원금+이자)에 대해서 이자를 계산하는 방법입니다.

예시) 원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 2년 후 원리금은?

단리계산법: $100\text{원} + (100\text{원} \times 10\%) + (100\text{원} \times 10\%) = 120\text{원}$

원금 1년차 이자 2년차 이자

복리계산법: $100\text{원} + (100\text{원} \times 10\%) + [100\text{원} + (100\text{원} \times 10\%)] \times 10\% = 121\text{원}$

원금 1년차 이자 2년차 이자

나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점의 이율을 말합니다. 평균공시이율은 당사 홈페이지(www.kdblfe.co.kr)를 통해 확인하실 수 있습니다.

다. 해약환급금: 특약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 특약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, “관공서의 공휴일에 관한 규정”(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 따른 공휴일 및 대체공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

5. 특약의 갱신 관련 용어

가. 최초계약: 주계약을 체결할 때 특약이 최초로 부가되는 경우를 말합니다.

나. 갱신계약: 특약의 보험기간 만료 후 제14조(특약의 자동갱신)에 따라 갱신된 경우를 말합니다.

다. 갱신일: 특약이 갱신되기 직전 계약(이하, “갱신 전 계약”이라 합니다)의 보험기간이 끝나는 날의 다음 날을 말합니다.

6. 기타 용어의 정의

전자문서: 전자문서 및 전자거래 기본법 제2조 제1호(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에서 정한 전자문서로, 정보처리시스템에 의하여 전자적 형태로 작성·변환되거나 송신·수신 또는 저장된 정보를 말합니다.

제3조 (“수술”의 정의와 장소)

이 특약에 있어서 “1~5종 수술”이라 함은 의사가 피보험자의 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사의 관리하에 “1~5종 수술분류표”(부표2 참조)에 정한 수술을 하는 것을 말합니다.

【“치료를 직접목적으로” 설명】

피보험자가 해당 질환을 제거하거나 증상을 억제하고 직접 발현되는 중대한 병적 증상을 호전시키기 위한 치료까지는 포함하지만, 해당 질환이나 해당 질환 치료로 인해 발생한 후유증을 완화하거나 합병증을 치료하기 위한 것은 포함하지 않습니다.

(대법원 2010.9.30., 선고, 2010다40543, 판결)

1. 포함되는 수술: 기구를 사용하여 생체에 절단(切斷), 적제(摘除) 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

【생체(生體)】

살아있는 사람의 몸을 말합니다.

【절단(切斷)】

특정부위를 잘라 내는 것을 말합니다.

【신의료기술평가위원회】

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구입니다.

2. 제외되는 수술: 흡인(吸引), 천자(穿刺), 적제(滴劑) 등의 조치 및 신경 BLOCK은 제외됩니다.

제2관 보험금의 지급

제2관에서는 보험금 지급 및 보험금 지급제한 사항 등 보험금 지급에 대한 설명이 들어있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제4조 (보험금의 지급사유)

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접목적으로 “1~5종 수술”을 받았을 경우에는 보험수익자에게 “보험금 지급 기준표”(부표1 참조)에서 약정한 수술급여금을 지급합니다.

제5조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 회사는 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 급여에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 수술급여금을 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술급여금을 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 좌우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.
- ③ 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)(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ④ 이 특약은 만기환급금이 없는 순수보장성 상품입니다.

제6조 (보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 제4조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급합니다.

【심신상실】

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

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 (보험금 등의 청구)

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(수술증명서, 사망진단서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 기타 보험수익자 또는 계약자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조 (보험금 등의 지급절차)

① 회사는 제7조(보험금 등의 청구)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급기일까지의 기간에 대한 이자는 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(부표4 참조)과 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기

2. 분쟁조정신청(다만, 대상기관은 금융분쟁조정위원회 또는 소비자분쟁조정위원회)
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제3항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 피보험자 또는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제11조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

【정당한 사유】

사회통념상 그 의무나 책임 등을 이행할 수 없을만한 사정이 있거나, 그 의무나 책임 등의 이행을 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때를 말합니다.

- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제9조 (보험수익자의 지정)

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제10조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단특약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약 전 알릴 의무”라 하며, 상법상 “고지의무”(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)와 같습니다) 합니다. 다만, 진단특약에서 의료법 제3조(의료기관)(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제11조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제10조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.
- 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.
1. 회사가 이 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단특약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 3. 이 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 회사가 이 특약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 의하여 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 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 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

【고의】

자기행위가 일정한 결과를 발생시킬 것을 인식하면서 그 행위를 하는 심리상태

【과실】

어떤 결과의 발생을 예측할 수 있었지만 부주의로 인해 그것을 인식하지 못한 심리상태

【중대한 과실】

조금만 주의했다면 충분히 발생을 막을 수 있었음에도 그 중요성을 잘못 판단하거나 고지해야 할 중요한 사실이라는 것을 알지 못하는 것

【계약 전 알릴 의무 위반 사례】

이륜자동차를 이용해 음식 배달하는 직업을 가진 A 고객이 청약서의 계약 전 알릴 의무사항 중 직업 및 운전예에 대한 중요한 사항을 정확히 기재하지 않을 경우 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

- ② 회사는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “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 제2호(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니

다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

【반대증거】

소송법상 입증책임이 없는 당사자가 상대방에서 입증하는 사실을 부정할 목적으로 반대되는 사실을 증명하기 위해 제출하는 증거

- ③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.
- ④ 제10조(계약 전 알릴 의무)의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.
- ⑥ 제21조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다. (부활(효력회복)이 여러차례 발생한 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다)

제4관 특약의 성립과 유지

제12조 (특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다. 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 가입을 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 위험 정도에 따라 주계약 보험료 이외에 특별 보험료를 부가하는 방법을 말합니다.

- ② 회사가 제1항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신계약의 경우 최초계약의 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.
- ③ 제2항의 “청약일로부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 이 약관 제20조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ④ 제21조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제2항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑤ 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 - 1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회에 따라 효력이 없어진 경우
다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약은 소멸되지 않습니다.
 - 2. 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우
- ⑥ 제5항 제2호의 경우 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.

【계약자적립액】

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

- ⑦ 제6항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제8조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제8조(보험금 등의 지급절차) 제2항에도 불구하고 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.
- ⑧ 제5항 제2호의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 - 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

【실종선고】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 일정절차에 따라 법원이 사망한 것으로 인정하는 제도

- 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등

록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

제13조 (피보험자의 범위)

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제14조 (특약의 자동갱신)

- ① 계약자가 이 특약의 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 전까지 이 특약을 갱신하지 않는다는 통지를 하지 않고 이 특약의 보험료 납입기일(갱신 전 계약의 보험료 납입기일을 준용합니다)까지 계약자가 갱신계약의 제1회 보험료를 납입할 때 이 특약은 자동갱신 되는 것으로 합니다.

【납입기일】

계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

- ② 제1항의 규정에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특약은 자동갱신 되지 않습니다.
1. 주계약이 갱신형인 경우 계약자가 주계약의 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 전까지 주계약을 갱신하지 않는다는 통지를 한 경우
 2. 보험기간이 끝나는 날까지 갱신 전 계약의 보험료가 납입되지 않은 경우
 3. 피보험자의 나이가 갱신되는 특약의 보험기간이 끝나는 날의 다음 날 사업방법서에서 정한 갱신계약의 가입나이를 초과하는 경우
- ③ 갱신계약의 효력에 관하여는 갱신일을 보장개시일로 합니다.
- ④ 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날은 주계약의 보험기간이 끝나는 날(주계약이 갱신형인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간이 끝나는 날, 이하 같습니다)로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간이 끝나는 날이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일 전일로 합니다.
- ⑤ 갱신할 때 적용하는 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 따라 계산하고, 갱신할 때의 보험요율을 적용하므로 갱신보험료가 변동될 수 있습니다. 이 경우 회사는 갱신계약의 보험료를 이 특약의 보험기간이 끝나는 날의 30일 전까지 계약자에게 서면으로 통지합니다.

【보험요율】

위험률, 계약체결비용 및 관리비용, 적용이율 등에 따라 산출되는 보험가입금액에 대한 보험료의 비율을 말합니다. 갱신계약의 보험요율은 해당 갱신시점의 위험률, 계약체결비용 및 관리비용, 적용이율 등을 적용하여 산출합니다.

- ⑥ 갱신계약의 약관은 갱신 전 계약의 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 법령의 개정 및 금융위원회 회의 명령에 따라 변경된 경우에는 변경된 약관을 적용할 수 있습니다.
- ⑦ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
- ⑧ 주계약이 갱신형인 경우 이 특약은 주계약을 갱신하지 않으면 해지된 것으로 봅니다. 이 경우 회사는 이 특약의 계약자적립액을 계약자에게 지급하며, 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다. 다만,

주계약이 보험금 지급사유로 인하여 자동갱신 되지 않더라도 이 특약의 갱신이 가능한 경우에는 해지되지 않습니다.

- ⑨ 보험업감독규정(부록 "약관 인용 법령 모음" 참조)의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용합니다.

제15조 (특약의 보험기간)

- ① 이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때 주계약의 보험기간 내에서 계약자가 선택한 특약의 보험기간으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간과 동일한 보험기간으로 갱신합니다. 다만, 갱신시점의 갱신일부터 제14조(특약의 자동갱신) 제4항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날까지의 기간이 갱신 전 계약의 보험기간 미만인 경우 1년 만기로 갱신합니다.

제16조 (특약의 무효)

특약을 체결할 때 이 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료(실제 납입한 보험료에 한함)를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 이 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제17조 (특약내용의 변경 등)

- ① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ② 회사는 계약자가 이 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

【보험가입금액의 감액】

가입할 때 선택한 보험가입금액을 낮추는 것을 감액이라고 하며, 계약자는 보험가입금액의 감액을 신청할 수 있습니다. 보험가입금액의 감액 후에는 감액한 비율만큼 보장이 감소합니다. 보험가입금액을 감액하면 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

- ③ 제2항에 따라 보험가입금액을 감액 할 때 해약환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

- ④ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 이 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제5관 보험료의 납입

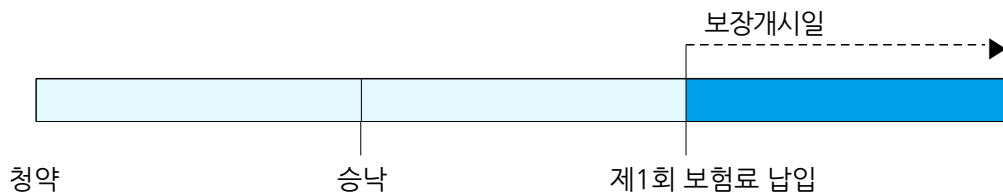
제18조 (특약의 보장개시)

이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우에는 갱신일을 보장개시일로 합니다.

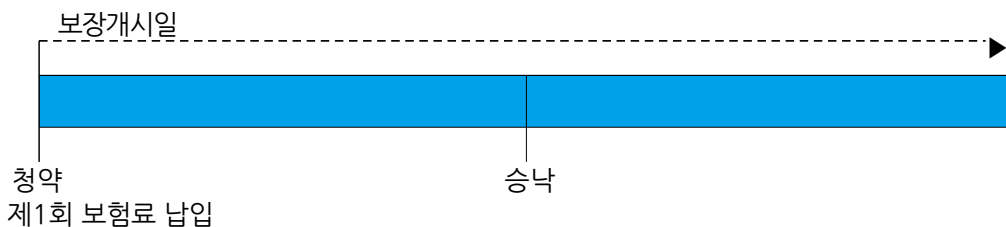
【보장개시일】

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.

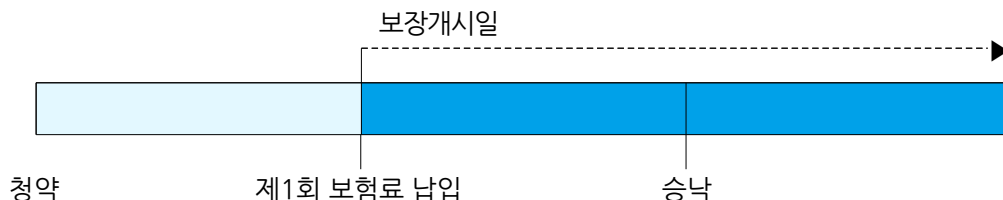
- 청약한 후에 회사가 승낙하고 그 이후에 제1회 보험료를 받은 경우



- 청약과 동시에 제1회 보험료를 납입하고 그 이후에 회사가 승낙한 경우



- 청약한 후에 제1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



제19조 (특약보험료의 납입)

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 보험기간과 동일한 기간으로 합니다.

- ② 이 특약의 보험료는 이 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료되었으나 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ④ 최초계약의 제2회 이후 보험료 납입기일은 주계약의 납입기일을 준용하며, 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약의 납입기일을 준용합니다.

제20조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)

- ① 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지 된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 해지되지 않습니다.
- ② 주계약의 보험료를 납입하고 이 특약의 보험료를 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 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정합니다.
- ③ 제2항의 경우 회사는 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 연체된 특약보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

【납입최고(독촉)】

약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 일

- ④ 회사가 제2항 및 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 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 제2항 및 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ⑤ 제1항에서 제3항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제21조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복))

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에만 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을

취급합니다.

【부활(효력회복)】

보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해약환급금을 받지 않은 경우에 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 일

- ② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 경우에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제18조(특약의 보장개시)의 규정에 따릅니다.

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제22조 (계약자의 임의해지)

계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제23조 (해약환급금)

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다.

【보험료 및 해약환급금 산출방법서】

회사의 기초서류 중 하나로서 보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 계약자적립액, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류

- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(부표4 참조)에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 별도로 계약자에게 제공하여 드립니다.

제7관 기타사항

제24조 (주계약 약관 규정의 준용)

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(부표 1)

보험금 지급 기준표

(기준: 특약보험가입금액 1,000만원)

급 부 명 칭	지 급 사 유	지 급 금 액
수술급여금 (제4조)	이 특약의 보험기간 중 피보험자가 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접목적으로 “1~5종 수 술”을 받았을 경우 (수술 1회당)	1종 수술: 10만원 2종 수술: 30만원 3종 수술: 50만원 4종 수술: 100만원 5종 수술: 500만원

(주) 다음 각 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

- 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회에 따라 효력이 없어진 경우

다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 이 특약은 소멸되지 않습니다.

- 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우. 이때 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

(부표 2)

1~5종 수술분류표

1. 일반 질병 및 재해 치료목적의 수술

구분	수술명	수술종류
피부, 유방의 수술	1. 피부이식수술(25㎢이상인 경우), 피판수술(피판분리수술, Z flap, W flap 제외)	3
	2. 피부이식수술(25㎢미만인 경우)	1
	3. 유방절단수술(切斷術, Mastectomy)	3
	4. 기타 유방수술(농양의 절개 및 배액은 제외) [단, 치료목적의 Mammotomy는 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
근골(筋骨)의 수술 [발정술(拔釘術) 등 내고정물 제거술은 제외함][치(齒) 치은 · 치근(齒根) · 치조골(齒槽骨)의 처리, 임플란트 (Implant) 등 치과 처리 및 수술에 수 반하는 것은 제외 함]	5. 골(骨) 이식수술	2
	6. 두개골(頭蓋骨, cranium) 관혈수술 [비골(鼻骨) · 비중격(鼻中隔) · 상악골(上顎骨) · 하악골(下顎骨) · 악관절(顎關節)은 제외함]	3
	7. 비골(鼻骨) 수술 [비중격 만곡증(彎曲症)수술, 수면중 무호흡 수술은 제외]	1
	8. 상악골(上顎骨), 하악골(下顎骨), 악관절(顎關節) 관혈수술	2
	9. 척추골(脊椎骨), 골반골(骨盤骨), 추간판 관혈수술	3
	10. 쇄골(鎖骨), 견갑골(肩胛骨), 늑골(肋骨), 흉골(胸骨) 관혈수술	2
	11. 사지(四肢) 절단수술(다지증에 대한 절단수술은 제외함)	
	11-1. 손가락, 발가락 절단수술 [골, 관절의 이단(離斷)에 수반하는것]	1
	11-2. 기타 사지(四肢)절단수술	3
	12. 절단(切斷)된 사지(四肢)재접합수술(再接合手術) [골, 관절의 이단 (離斷)에 수반하는것]	3
	13. 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	
	13-1. 손가락, 발가락의 골 및 관절 관혈수술	1
	13-2. 기타 사지골(四肢骨), 사지관절(四肢關節) 관혈수술	2
	14. 근(筋), 건(腱), 인대(靱帶), 연골(軟骨) 관혈수술	1
호흡기계, 흉부(胸部)의 수술	15. 만성부비강염(慢性副鼻腔炎) 근본수술(根本手術)	1
	16. 후두(喉頭) 관혈적 절제수술	3
	17. 편도, 아데노이드 절제수술	1
	18. 기관(氣管), 기관지(氣管支), 폐(肺), 흉막(胸膜) 관혈수술 [개흉술(開胸術, Thoracotomy)을 수반하는 것]	4
	19. 폐장(肺臟) 이식수술 [수용자(受容者)에 한함]	5
	20. 흉곽(胸郭) 형성수술(形成手術)	3
	21. 종격종양(縱隔腫瘍), 흉선 절제수술[개흉술을 수반하는 것]	4

구분	수술명	수술종류
순환기계, 비장(脾腸)의 수술	22. 혈관관혈수술(하지정맥류 및 손가락·발가락은 제외)	3
	23. 하지 정맥류(靜脈瘤) 근본수술 및 손가락·발가락 혈관관혈수술	1
	24. 대동맥(大動脈), 대정맥(大靜脈), 폐동맥(肺動脈), 관동맥(冠動脈) 관혈수술[개흉술, 개복술을 수반하는 것]	5
	25. 심막(心膜) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	4
	26. 심장내(心藏內) 관혈수술 [개흉술을 수반하는 것]	5
	27. 심장 이식수술 [수용자에 한함]	5
	28. 체내용(體內用) 인공심박조율기(人工心搏調律機, Artificial pacemaker) 매입술(埋入術)	3
	29. 비장(脾腸) 절제수술	3
소화기계의 수술	30. 이하선 절제수술	3
	31-1. 악하선, 설하선 절제수술	2
	31-2. 기타 타액선 절제수술(타석제거는 제외)	1
	32. 식도(食道) 이단술(離斷術) [개흉술, 개복술(開腹術, Laparotomy)을 수반하는 것]	4
	33. 위 절제수술(胃 切除手術, Gastrectomy) [개복술을 수반하는 것]	4
	34. 기타의 위·식도 관혈수술 [개흉술, 개복술을 수반하는 것]	3
	35. 간장(肝臟), 췌장(胰臟) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	4
	36. 담낭(膽囊), 담도(膽道) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것]	3
	37. 간장 이식수술 [수용자에 한함, 개복술을 수반하는 것]	5
	38. 췌장 이식수술 [개복술을 수반해야 하며 수용자에 한함] (단, 랑게르한스 소도(Islet of Langerhans)세포 이식수술은 제외함)	5
	39. 탈장(脫腸) 근본수술	1
	40. 전신성 복막염(全身性 腹膜炎, Generalized peritonitis) 수술	2
	41. 충수(蟲垂)절제술(충수염관련 충수주위 농양수술, 국한성 복막염 수술 포함), 맹장봉축술(盲腸縫縮術)	2
	42. 직장탈(直腸脫) 근본수술	1
	43. 소장(小腸), 결장(結腸), 직장(直腸), 장간막(腸間膜) 관혈수술 [개복술을 수반하는 것] 단, 직장탈근본수술은 제외	4
	44. 치루(痔瘻), 탈항(脫肛), 치핵(痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]	1

구분	수술명	수술종류
비뇨기계 · 생식 기계의 수술 (인공임신중절수 술은 제외함)	45. 신장(腎臟), 방광(膀胱), 신우(腎盂), 요관(尿管)관혈수술 [개복술을 수반하는 것, 경요도적 조작 및 방광류·요실금 교정수술은 제외]	4
	46. 요도 관혈수술 [경요도적 조작은 제외함]	2
	47. 방광류·요실금 교정수술	1
	48. 신장(腎臟) 이식수술(移植手術) [수용자에 한함]	5
	49. 음경(陰莖) 절단수술 (포경수술 및 음경이물제거수술은 제외)	3
	50. 고환(辜丸), 부고환(副辜丸), 정관(精管), 정색(精索), 정낭(精囊)관 혈수술, 전립선(前立腺)관혈수술	2
	51. 음낭관혈수술	1
	52. 자궁, 난소, 난관 관혈수술 (단, 제왕절개만출술 및 경질적인 조작은 제외)	2
	53. 경질적 자궁, 난소, 난관 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능 합니다.]	1
	54. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1
내분비기계의 수 술	55. 질탈(膺脫)근본수술	1
	56. 뇌하수체종양(腦下垂體腫瘍) 절제수술	5
	57. 갑상선(甲狀腺)·부갑상선(副甲狀腺) 관혈수술	3
신경계의 수술	58. 부신(副腎) 절제수술	4
	59. 두개내(頭蓋內) 관혈수술 [개두술(開頭術, Craniotomy)을 수반하는 것]	5
	60. 신경(神經) 관혈수술	2
	61. 관혈적 척수종양(脊髓腫瘍) 절제수술	4
시각기의 수술 [약물주입술은 제 외]	62. 척수경막내외(脊髓硬膜內外) 관혈수술	3
	63. 안검하수증(眼檢下垂症)수술(안검내반증 제외)	1
	64. 누소관(淚小管)형성수술(누관튜브삽입술 포함)	1
	65. 누낭비강(淚囊鼻腔) 관혈수술	2
	66. 결막낭(結膜囊) 형성수술	2
	67. 각막, 결막, 공막 봉합수술	1
	68. 각막, 공막 이식수술	2
	69. 전방(前房), 홍채(虹彩), 유리체(琉璃體) 관혈수술	2
	70. 녹내장(綠內障) 관혈수술	3
	71. 백내장(白內障), 수정체(水晶體) 관혈수술	1
	72. 망막박리(網膜剝離) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능 합니다.]	2

구분	수술명	수술종류
시각기의 수술 [약물주입술은 제 외]	73. 레이저(Laser)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능 합니다.]	1
	74. 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구(眼球) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능 합니다.]	2
	75. 안구적출술, 조직충전술(組織充填術)	3
	76. 안와내양절제수술	3
	77. 관혈적 안와내(眼窩內) 이물제거수술(異物除去手術)	1
	78. 안근(眼筋)관혈수술	1
청각기(聽覺器)의 수술	79. 관혈적 고막(鼓膜) 성형술 [고막 패치술은 제외]	2
	80. 유양동 절제술(乳樣洞切除術, mastoidectomy)	2
	81. 중이(中耳) 관혈수술 [중이내 튜브유치술 제외]	2
	82. 중이내(中耳內) 튜브유치술 [고막 패치술은 제외, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술 은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동 일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	83. 내이(內耳) 관혈수술	3
상기 이외의 수술 [검사, 처치, 약물 주입요법은 포함 하지 않음]	84. 상기 이외의 개두술(開頭術)	3
	85. 상기 이외의 개흉술(開胸術)	3
	86. 상기 이외의 개복술(開腹術)	2
	87. 체외충격파쇄석술(體外衝擊破碎石術, E.S.W.L) [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능 합니다.]	2
	* 체외충격파치료술(E.S.W.T)은 제외	
	88. 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)·고 주파 전극 등에 의한 경피적 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능 합니다.]	
	88-1. 뇌, 심장	3
	88-2. 후두, 흉부장기(심장 제외), 복부장기(비뇨, 생식기 제외), 척 추, 사지관절(손가락, 발가락은 제외)	2
	88-3. 비뇨, 생식기 및 손가락, 발가락	1

(주) 상기 1~87항의 수술 중 내시경(Fiberscope)을 이용한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)

등에 의한 경피적(經皮的, Percutaneous) 수술은 88항을 적용합니다.

다만, 복강경·흉강경에 의한 수술은 해당 부위(1~87항)의 수술로 적용합니다.

II. 악성신생물(암) 치료 목적의 수술

수술명	수술종류
1. 관혈적 악성신생물(惡性新生物)(암) 근치수술(根治手術, Radical curative surgery) 단, 기타피부암(C44) 제외 [내시경 수술, 카테터·고주파 전극 등의 경피적 수술 등은 제외함]	5
1-1. 기타피부암(C44)	3
2. 내시경 수술, 카테터·고주파 전극 등에 의한 악성신생물(암) 수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험 금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	3
3. 상기 이외의 기타 악성신생물(암)수술 [수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험 금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	3

- (주) 1. 제자리암·경계성종양에 대한 수술은 “I. 일반 질병 및 재해치료 목적의 수술” 항목의 적용을 받습니다.
2. 카테터(Catheter)를 이용한 흡인·천자·약물주입요법은 포함하지 않습니다.
3. 비고형암에 대한 비관혈적 근치수술은 관혈적 악성신생물(암) 근치수술에 준하여 5종 수술로 인정합니다.
- 비고형암에 대한 비관혈적 근치술 중 조혈모세포 이식술은 일련의 과정(추출, 필터링, 배양, 제거, 주입)을 모두 포함하여 1회의 수술로 인정합니다.
 - 다만 약물 등을 투여하기 위한 시술(예. 중심정맥삽관술)만 시행할 경우에는 5종으로 인정하지 않습니다.

III. 악성신생물(암) 근치·두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

방사선 조사 분류항목	수술종류
1. 악성신생물(암) 근치 방사선 조사 [5,000Rad 이상의 조사(照射)를 하는 경우로 한정하며, 악성신생물(암) 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료(定位的 放射線 治療, Stereotactic radiotherapy)를 포함함]	3
2. 두개내 신생물 근치 감마 나이프(Gammaknife) 정위적 방사선 치료	3

- (주) 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

(1~5종 수술분류표 사용 지침)

1. “수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자가 피보험자의 질병 또는 재해로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)의 규정에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 <1~5종 수술분류표>에 정한 행위[기구를 사용하여 생체에 절단(切斷), 적제(摘除) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.)을 말하며 흡인(吸引), 천자(穿刺), 적제(滴劑) 등의 조치 및 신경 BLOCK은 제외]를 하는 것을 말합니다.
2. “관혈(觀血)” 수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말합니다.
3. “근본(根本)” 혹은 ‘근치(根治)’ 수술이라 함은 일회의 수술로 해당 질병을 완전히 치유할 수 있는 수술을 말합니다.
4. “관혈적 악성신생물(암) 근치수술”이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성신생물(암)의 원발 병소를 완전히 절제, 적제, 적출하고 혹은 광청술을 함께 실시한 경우입니다.
5. <1~5종 수술분류표> 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준

<1~5종 수술분류표>에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 “수술”의 정의에 해당하여야 하고 약물투여치료, 방사선조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 합니다.

1) 1~5종 수술분류표상의 수술 이외에 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술 기법으로 치료한 경우 1~5종 수술분류표상의 동일부위 수술로 봅니다. 이 때에 해당 최신수술 기법은 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

2) 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter) 등에 의한 경피적 수술인 경우에는 <1~5종 수술분류표> 중 “일반질병 및 재해치료 목적의 수술” 88항 (악성신생물(암)의 경우는 “악성신생물 치료목적의 수술” 2항)을 우선 적용합니다.
6. “악성신생물(암) 근치 사이버 나이프(Cyberknife) 정위적 방사선 치료”라 함은 선형가속기(LINAC)에서 발생되는 가는 방사선(Pencil beam)들을 다양한 각도에서 악성신생물(암)을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성신생물(암)의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.
7. “두개내 신생물 근치 감마나이프 (Gammaknife)정위적 방사선 치료”라 함은 정위 좌표계를 이용하

여 코발트 60 방사성 동위원소 (Co-60) 에서 나오는 감마선을 두개강 내의 신생물을 향해 집중 조사함으로 두개(頭蓋)를 열지 않고도 수술적 제거와 같은 효과를 내는 치료를 말합니다.

8. 다음과 같은 수술은 수술급여금 지급대상에서 보장을 제외합니다.

- 1) 미용 성형상의 수술
- 2) 피임(避妊) 목적의 수술
- 3) 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술
- 4) 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경 검사(腹腔鏡檢査) 등]

(부표 3)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

- ① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

【한국표준질병·사인분류】

국민의 보건으로 복지행정의 수행과 의학연구를 위해 한국인의 질병 및 사인에 대하여 의무기록자료 및 사망원인통계조사(질병이환 및 사망자료)등의 표준통계를 세계보건기구(WHO)의 국제질병분류표 ICD를 기초로 그 성질의 유사성에 따라 체계적으로 유형화한 것

- ② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적인 운동(X50)
 - 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
 - 식량부족(X53)
 - 물부족(X54)
 - 상세불명의 결핍(X57)
 - 고의적 자해(X60~X84)
 - “법적 개입” 중 법적 처형(Y35.5)
- ③ “외과적 및 내과적 치료중 환자의 재난(Y60~Y69)” 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)
- ④ “자연의 힘에 노출(X30~X39)” 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ “우발적 익사 및 익수(W65~W74), 호흡과 관련된 기타 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)” 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

※ () 안은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)상의 분류번호이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우 개정된 기준에 따라 약관에서 보장

하는 재해 해당 여부를 판단합니다. 제9차 개정 이후 약관에서 보장하는 재해 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 약관에서 보장하는 재해에 대한 보험금 지급여부 또는 보험료 납입면제여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

※ 위 1. 보장대상이 되는 재해 ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 2. 보험금을 지급하지 않는 재해 ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

(부표 4)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 (제8조 제2항 및 제23조 제2항 관련)

구 분	적 립 기 간	적 립 이 율
수술급여금 (제4조)	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 +가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 +가산이율(8.0%)
해약환급금 (제23조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일 까지의 기간	1년이내: 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- (주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제8조(보험금 등의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【정당한 사유】

회사의 보험금 지급지연 사유가 보험금 지급의 신속성과 편의성 방해가 아닌 공정하고 정확한 보험금 지급사유의 조사, 확인을 위한 것으로 금융위원회 또는 금융감독원이 인정하는 사정이 있을 때를 말합니다.