무배당 더블수술특약

이 특약은 계약자의 선택에 의하여 해당 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다

MetLife

무배당 더블수술특약 약관

제 1 관 목적

제 1 조 목적

① 이 특약은 보험계약자 (이하 “계약자” 라 합니다) 와 보험회사 (이하 “회사” 라 합니다) 사이에 제 3 조 (보험금의 지급사유) 에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약 (이하 “주계약” 이라 합니다) 에 부가하여 체결됩니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 2 조 “수술” 의 정의 및 장소

① 이 특약에 있어서 “수술” 이라 함은 의사, 한의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자 (이하 “의사” 라 합니다) 가 피보험자의 질병 또는 재해로 인한 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 **의료법 제 3 조 (의료기관)** 의 규정에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관 (이하 “병원” 이라 합니다) 에서 의사의 관리하에(별표 3 (1 ~ 5 종 수술분류표) 참조) 에 정한 행위를 하는 것을 말합니다. 이 때 행위란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것)등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외됩니다.
(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 위 “수술“에 포함됩니다.)

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(「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제3조제5호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
마. 종합병원

(향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다)

제 3 조 보험금의 지급사유

① 회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 제 2 조 (수술의 정의 및 장소) 에서 정한 수술을 받았을 때에는 보험수익자에게 수술종류에 따라 수술보험금 (별표 1 (보험금 지급기준표) 참조) 을 지급합니다.

② 제 1 항에 따라 보험금을 지급하는 경우 해당 보험기간 (피보험자의 전환나이 전 보험기간과 전환나이 이후 보험기간) 에 따라 보험금이 변동될 수 있습니다.

전환나이에 따른 보험금 지급 예시 (보험가입금액 1 천만원 기준)
가입사례) 40 세 남성 피보험자(전환나이 65세)
① 피보험자가 64 세에 5 종 수술을 받았을 경우 : 300 만원 지급
② 피보험자가 65 세에 5 종 수술을 받았을 경우 : 600 만원 지급

제 4 조 보험금지급에 관한 세부규정

① 주된 계약 (이하 주된 계약은 “주계약” 이라 합니다) 의 보험료 납입이 면제되었을 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 회사는 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 급여에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 수술보험금을 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술보험금을 지급합니다.

③ 제 2 항에서 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 좌・우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

④ 특약이 유효한 기간 중에 피보험자에게 재해가 발생하고 특약의 효력이 없어진 경우에도 재해일부터 2 년 이내에 그 재해로 인하여 수술보험금의 지급사유가 발생한 때에는 회사가 보장을 합니다.

⑤ 비고형암에 대한 비관혈적 근치수술은 관혈적 악성신생물 근치수술에 준하여 5 종 수술로 인정합니다. 다만, 비고형암에 대한 비관혈적 근치술 중 조혈모세포 이식술은 일련의 과정 (추출, 필터링, 배양, 제거, 주입) 을 모두 포함하여 1 회의 수술로 인정합니다. 그러나, 약물 등을 투여하기 위한 시술 (예. 중심정맥삽관술) 만 시행할 경우에는 5 종으로 인정하지 않습니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제 3 조 (보험금의 지급사유) 의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조 (의료기관) 에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 5 조 보험금을 지급하지 않는 사유

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제 6 조 보험금의 청구

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사양식)
2. 수술증명서
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 제 1 항 제 2 호의 수술증명서는 의료법 제 3 조 (의료기관) 에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 7 조 보험금의 지급절차

① 회사는 제 6 조 (보험금의 청구) 에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날로부터 3 영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금의 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수후 10 영업일 이내에 지급합니다.

② 제 1 항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표 2 (보험금을 지급할 때의 적립이율 계산) 와 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제 1 항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도 (회사가 추정하는 보험금의 50 % 이

내를 지급) 에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제 6 조 (보험금의 청구) 에서 정한 서류를 접수한 날부터 30 영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청(금융분쟁조정위원회 또는 소비자분쟁조정위원회)
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제 5 항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제 4 조 (보험금 지급에 관한 세부규정) 제 6 항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제 3 자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제 3 항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50 % 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제 8 조 (계약 전 알릴 의무 위반에 의한 특약의 해지) 와 제 1 항 및 제 3 항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑥ 회사는 제 5 항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 8 조 계약 전 알릴 의무 위반에 의한 특약의 해지

① 계약자 또는 피보험자는 청약할 때 (진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 (이하 “계약 전 알릴 의무” 라 하며, 상법상 “고지의

무” 와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료법 제 3 조 (의료기관) 의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

② 회사는 계약자 또는 피보험자가 제 1 항에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 회사가 계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1 개월 이상 지났거나 또는 보장개시일부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2 년 (진단계약의 경우 질병에 대하여는 1 년) 이 지났을 때
3. 계약을 체결한 날부터 3 년이 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 (계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 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 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

③ 제 2 항의 중요한 사항이라 함은 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약 인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

④ 회사는 제 2 항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계

약 전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다” 라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려드립니다.

⑤ 제 2 항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제 18 조(해지환급금) 제 1 항에 따른 해지환급금을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

⑥ 제 1 항의 계약 전 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제 2 항에도 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.

⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제 9 조 특약의 체결 및 소멸

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 회사는 피보험자가 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건 (보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등) 을 붙여 승낙할 수 있습니다.

③ 회사가 제 2 항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5 년 (갱신형 계약의 경우에는 최초 청약일로부터 5 년) 이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단 (단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5 년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보장합니다.

④ 제 3 항의 “청약일로부터 5 년이 지나는 동안” 이라 함은 이 특약 제

15 조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지) 에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑤ 이 특약 제 16 조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활 (효력회복)) 에서 정한 특약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제 3 항의 청약일로 하여 적용합니다.

⑥ 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우.
   다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우 (보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 에는 효력이 있습니다.
2. 이 특약의 피보험자가 사망할 경우
3. 제 3 조 (보험금의 지급사유) 에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우.

⑦ 제 6 항 제 2 호 “사망” 에는 보험기간에 피보험자에게 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 사망연월일을기준으로 합니다.

제 10 조 특약의 보장개시

① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 계약일 (이하 “계약일” 이라 합니다) 과 동일합니다.

제 11 조 피보험자의 범위

① 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제 12 조 특약내용의 변경 등

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제 18 조 (해지환급금) 제 1 항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

④ 특약의 보험가입금액이 감액되는 경우 해지환급금이 없거나 최초 가입할 때 안내한 해지환급금보다 적어질 수 있습니다.

제 13 조 특약의 보험기간 및 전환나이

① 이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사 소정의 범위내에서 정합니다.

② 이 특약의 보험기간은 계약일로부터 전환나이의 계약해당일 전일까지를 “제 1 보험기간 (전환나이 전)”, 전환나이의 계약해당일부터 이 특약의 만기까지를 “제 2 보험기간 (전환나이 이후)” 이라 하며, 전환나이는 피보험자의 보험나이를 기준으로 합니다.

③ 이 특약의 전환나이는 65 세이며, 전환나이의 변경은 불가합니다.

④ 이 특약의 보험기간 중 제 3 조 (보험금의 지급사유) 에서 정한 보험금은 피보험자의 전환나이에 따라 변동됩니다.

제 5 관 보험료의 납입

제 14 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 회사 소정의 범위 내에서 정합니다.

② 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제 15 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우 (보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 에는 해지하지 않습니다.

② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 않은 경우에는 주계약에 정한 납입최고 (독촉) 기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약을 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

③ 제 1 항 및 제 2 항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제 18 조 (해지환급금) 제 1 항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 16 조 보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활 (효력회복)

① 회사는 이 특약의 부활 (효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활 (효력회복) 을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활 (효력회복) 규

정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활 (효력회복) 을 취급합니다. 회사가 이 특약의 부활 (효력회복) 을 승낙한 때에 계약자는 부활 (효력회복) 을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 평균공시이율 + 1 % 범위 내에서 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

② 주계약의 부활 (효력회복) 을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활 (효력회복) 을 청약한 것으로 봅니다.

③ 이 특약을 부활 (효력회복) 하는 경우의 보장개시일은 제 10 조 (특약의 보장개시) 의 규정을 따릅니다.

제 6 관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제 17 조 계약자의 임의해지

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제 18 조 (해지환급금) 제 1 항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제 1 항의 규정에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 18 조 해지환급금

① 이 약관에 따른 해지환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표 2 (보험금을 지급할 때의 적립이율 계산) 에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제 7 관 기타사항

제 19 조 주계약 약관 규정의 준용

① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정에 따릅니다.

MetLife

별표 1

보험금 지급기준표

기준 : 특약보험가입금액 1,000 만원

구분	지급사유	지급금액		
		수술종류	제 1 보험기간 (전환나이 전)	제 2 보험기간 (전환나이 이후)
수술보험금 (제 3 조)	피보험자가 특약의 보험기간 중 1 ~ 5 종 수술분류표에서 정한 수술을 받았을 경우 (수술 1 회당)	1 종 수술	10 만원	20 만원
		2 종 수술	30 만원	60 만원
		3 종 수술	50 만원	100 만원
		4 종 수술	100 만원	200 만원
		5 종 수술	300 만원	600 만원

주) 1. 제 1 보험기간 : 계약일부터 전환나이 계약해당일 전일까지
2. 제 2 보험기간 : 전환나이 계약해당일부터 계약의 만기시까지

별표 2

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제 7 조 제 2 항 및 제 18 조 제 2 항 관련)

구분	적립기간	지급이자
수술보험금 (제 3 조)	지급기일의 다음 날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일 이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율 (4.0 %)
	지급기일의 61 일 이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율 (6.0 %)
	지급기일의 91 일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율 (8.0%)
해지환급금 (제 18 조 제 1 항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1 년 이내 : 평균공시이율의 50 % 1 년 초과기간 : 1 %
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 이자는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
3. 가산이율 적용시 제 7 조 (보험금의 지급절차) 제 3 항 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.

별표 3

1 ~ 5 종 수술분류표

1. 일반 질병 및 재해 치료목적의 수술

구분	수술명	수술 종류
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 60 일 이내 2 회 이상의 수술은 1 회의 수술로 간주하여 1 회의 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 처치, 임플란트(Implant) 등 치과 처치 및 수술에 수반하는 것은 제외함]	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 (靭帶), 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
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 (膵臟) 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, 직장탈근본수술은 제외]	4
	44. 치루 (痔瘻), 탈항 (脫肛), 치핵 (痔核) 근본수술 [근치를 목적으로 하지 않은 수술은 제외함]	1

비뇨기계・생식기계의 수술 (인공임신중절 수술은 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 (睾丸), 부고환 (副睾丸), 정관 (精管), 정색 (精索), 정낭 (精囊) 관혈수술, 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 60 일 이내 2 회 이상의 수술은 1 회의 수술로 간주하여 1 회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	54. 제왕절개만출술 (帝王切開娩出術)	1
	55. 질탈 (膣脫) 근본수술	1
내분비기계의 수술	56. 뇌하수체종양 (腦下垂體腫瘍) 절제수술	5
	57. 갑상선 (甲狀腺)・부갑상선 (副甲狀腺) 관혈수술	3
	58. 부신 (副腎) 절제수술	4
신경계의 수술	59. 두 개내 (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
	62. 척수경막내외 (脊髓硬膜內外) 관혈수술	3

시각기의 수술 [약물주입술은 제외]	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 60 일 이내 2 회 이상의 수술은 1 회의 수술로 간주하여 1 회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	2
	73. 레이저 (Laser) 에 의한 안구 (眼球) 수술 [수술개시일부터 60 일 이내 2 회 이상의 수술은 1 회의 수술로 간주하여 1 회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	74. 냉동응고 (冷凍凝固) 에 의한 안구 (眼球) 수술 [수술개시일부터 60 일 이내 2 회 이상의 수술은 1 회의 수술로 간주하여 1 회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	2
	75. 안구적출술, 조직충전술 (組織充塡術)	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 60 일 이내 2 회 이상의 수술은 1 회의 수술로 간주하여 1 회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	1
	83. 내이 (內耳) 관혈수술	3
상기 이외의 수술 [검사, 처치, 약물주입요법은 포함하지 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 60 일 이내 2 회 이상의 수술은 1 회의 수술로 간주하여 1 회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.] * 체외충격파치료술(E.S.W.T)은 제외	2
	88. 내시경 (Fiberscope) 에 의한 내시경 수술 또는 카테터 (Catheter)·고주파 전극 등에 의한 경피적 수술 [수술개시일부터 60 일 이내 2 회 이상의 수술은 1 회의 수술로 간주하여 1 회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	
	88-1. 뇌, 심장	3
	88-2. 후두, 흉부장기 (심장 제외), 복부장기 (비뇨, 생식기 제외), 척추, 사지관절 (손가락, 발가락은 제외)	2
	88-3. 비뇨, 생식기 및 손가락, 발가락	1

주) 상기 1 ~ 87 항의 수술 중 내시경 (Fiberscope) 을 이용한 내시경 수술 또는 카테터 (Catheter) 등에 의한 경피적 (經皮的, Percutaneous) 수술

은 88 항을 적용합니다.
다만, 복강경・흉강경에 의한 수술은 해당부위 (1 ~ 87 항) 의 수술로 적용합니다.

2. 악성신생물 치료 목적의 수술

수술명	수술 종류
1. 관혈적 악성신생물 (암) (惡性新生物) 근치수술 (根治手術, Radical curative surgery) 다만, 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 수술 [수술개시일부터 60 일 이내 2 회 이상의 수술은 1 회의 수술로 간주하여 1 회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	3
3. 상기 이외의 기타 악성신생물수술 [수술개시일부터 60 일 이내 2 회 이상의 수술은 1 회의 수술로 간주하여 1 회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]	3

주) 1. 제자리암・경계성종양에 대한 수술은 “1. 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 근치수술에 준하여 5 종 수술로 인정합니다.
- 비고형암에 대한 비관혈적 근치술 중 조혈모세포 이식술은 일련의 과정 (추출, 필터링, 배양, 제거, 주입)을 모두 포함하여 1 회의 수술로 인정합니다.
- 다만 약물 등을 투여하기 위한 시술 (예 : 중심정맥삽관술) 만 시행할 경우에는 5 종으로 인정하지 않습니다.

3. 악성신생물 근치・두개내신생물 근치 방사선 조사 분류표

방사선 조사 분류항목	수술 종류
1. 악성신생물 근치 방사선 조사 [5,000 Rad 이상의 조사 (照射) 를 하는 경우로 한정하며, 악성신생물 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 60 일 이내 2 회 이상의 수술은 1 회의 수술로 간주하여 1 회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.

(1 ~ 5 종 수술분류표 사용 지침)

1. “수술”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자가 피보험자의 질병 또는 재해로 인한 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제 3 조 (의료기관) 의 규정에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 “1 ~ 5 종 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 근치수술”이라 함은 관혈적 방법을 통해 악성신생물의 원발 병소를 완전히 절제, 적제, 적출하고 혹은 곽청술을 함께 실시한 경우입니다.

5. “1 ~ 5 종 수술분류표” 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준

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

1) 1 ~ 5 종 수술분류표상의 수술 이외에 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 (향후 제도 변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 치료한 경우 1 ~ 5 종 수술분류표상의 동일부위 수술로 봅니다. 이때에 해당 최신수술기법은 수술개시일부터 60 일 이내 2 회 이상의 수술은 1 회의 수술로 간주하

여 1 회의 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 ~ 5 종 수술분류표” 중 “일반질병 및 재해치료 목적의 수술” 88 항 (악성신생물의 경우는 “악성신생물 치료목적의 수술” 2 항) 을 우선 적용합니다.

6. “악성신생물 근치 사이버 나이프 (Cyberknife) 정위적 방사선 치료” 라 함은 선형가속기 (LINAC) 에서 발생되는 가는 방사선 (Pencil beam) 들을 다양한 각도에서 악성 신생물을 향해 집중적으로 조사하면서 동시에 악성 신생물의 움직임을 병변 추적 장치를 이용하여 실시간으로 추적하면서 치료하는 방법입니다.

7. “두개내 신생물 근치 감마나이프 (Gammaknife) 정위적 방사선 치료” 라 함은 정위 좌표계를 이용하여 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 수술보험금 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