

무배당 흥Good 가족사랑 간편치매간병보험(25.04)
약관

흥국화재해상보험주식회사

이 약관은 금융소비자보호에 관한 법령 및 내부통제기준에 따른 절차를 거쳐 제공됩니다.



약관을 쉽게 이용할 수 있는

흥국화재

약관 이용 Guide Book



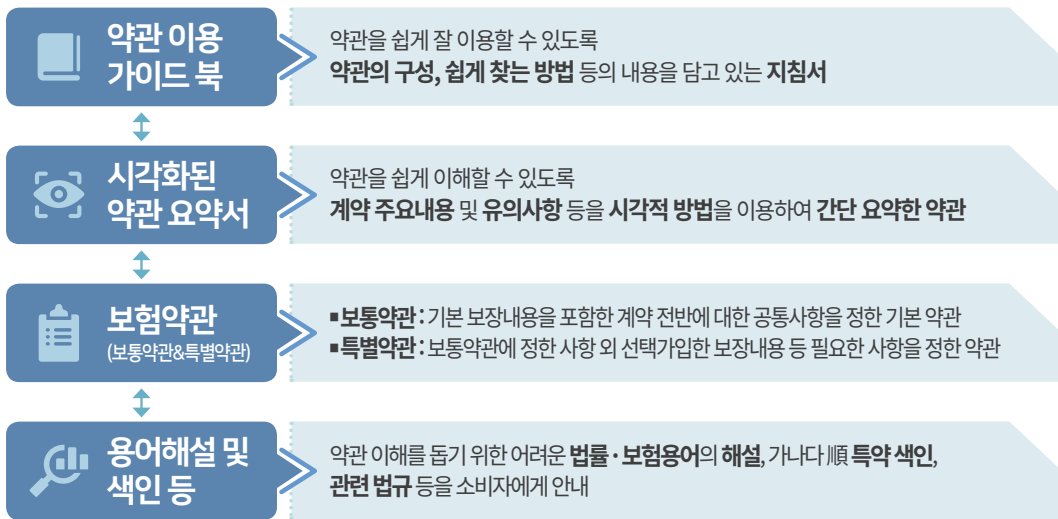
1

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.

2

한 눈에 보는 약관의 구성



3

QR코드를 통한 편리한 정보 이용



QR(Quick Response) 코드란?

스마트폰으로 해당 QR 코드를 스캔하면 상세내용 등을 손쉽게 안내받을 수 있습니다.

약관해설 영상



보험금 지급절차



지점/서비스망 찾기



4

약관의 핵심 체크항목 쉽게 찾기(보통약관 기준)

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 P 47 제6조 보험금을 지급하지 않는 사유 P 48	 영상 자료
* 본인이 가입한 특약을 확인하여 가입특약별 「보험금 지급사유 및 미지급사유」도 반드시 확인할 필요		
2 청약 철회	제22조 청약의 철회 P 61	 영상 자료
3 계약 취소	제23조 약관교부 및 설명의무 등 P 62	 영상 자료
4 계약 무효	제24조 계약의 무효 P 63	 영상 자료
5 계약 前 알릴 의무 및 위반효과	제17조 계약 전 알릴 의무 P 56 제19조 알릴 의무 위반의 효과 P 58	 영상 자료
6 계약 後 알릴 의무 및 위반효과	제18조 상해보험 계약 후 알릴 의무 P 56 제19조 알릴 의무 위반의 효과 P 58	 영상 자료
7 보험료 연체 및 해지	제33조 보험료의 납입이 연체되는 경우 P 72 납입최고(독촉)와 계약의 해지	 영상 자료
8 부활(효력회복)	제34조 보험료의 납입을 연체하여 P 73 해지된 계약의 부활(효력회복) 제35조 강제집행 등으로 인하여 P 74 해지된 계약의 특별부활(효력회복)	 영상 자료
9 해약환급금	제36조 계약자의 임의해지 및 P 75 피보험자의 서면동의 철회 제39조 해약환급금 P 77	 영상 자료
10 보험계약대출	제40조 보험계약대출 P 79	 영상 자료

5

약관을 쉽게 이용할 수 있는 꿀팁

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

- 1

시각화된 '**흥국화재 약관요약서**'를 활용하시면 계약 일반사항, 가입시 유의사항, 민원사례 등 약관을 보다 쉽게 이해하실 수 있습니다.

➔ 약관 요약서 P 7
- 2

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

➔ 핵심 체크항목 P 5
- 3

'**가나다順 특약 색인 (索引)**'을 활용하시면 본인이 실제 가입한 특약약관을 쉽게 찾을 수 있습니다.
*주 계약에 부가된 특약은 자유롭게 선택, 가입(의무특약 제외)할 수 있고 가입특약에 한해 보장받을 수 있음

➔ 특약 색인 P 616
- 4

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

➔ 용어 해설 P 28
- 5

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

➔ QR코드 P 4
- 6

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

➔ 기타관계법령 P 530
- 7

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

6

기타 문의사항

※ 기타 문의사항은 당사 **홈페이지**(www.heungkukfire.co.kr), **고객 콜센터**(1688-1688)로 문의 가능

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



시각화된 흥국화재 약관 요약서

- I. 보험계약의 개요
- II. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항
- III. 보험계약의 일반사항
- IV. 보험금 청구 및 지급절차 안내
- V. 자주 발생하는 민원 예상
- VI. 보험용어 해설



이 요약서는 그림·도표·아이콘·삽화 등 시각화된 자료를 바탕으로 보험상품 및 약관의 핵심내용을 알기 쉽게 작성한 것입니다.

보다 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



01. 상품의 주요 특징

추가 보험료 없이 노인성 질환을 100세까지 보장

65세이상자 또는 65세 미만의 노인성 질환자가 노인장기 요양보험에 장기요양등급을 받으면 보험금을 지급합니다.
(해당특약가입시)

- 1~2등급 판정시 최초1회에 한하여 장기요양등급진단비를 일시금으로 지급합니다.(해당특약가입시)

납입기간 동안 보험료 인상이 없습니다.(100세만기형 가입시)

고객특성에 맞는 심사유형 선택가능

- 간편심사형 : 일반심사형을 가입하기 어려운 고객님들을 위해 계약심사 과정을 간소화 한 상품

- 일반심사형 : 표준체에 해당하는 계약전 알릴의무 항목을 고지한 후, 일반심사를 통과하여 가입하는 것

※ 간편심사형 상품은 유병력자 등 일반심사보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다.

※ 간편심사형 상품은 일반심사형 상품에 비해 보험료가 다소 비쌉니다. 건강검진을 받거나 일반심사를 통해 일반심사형으로 가입할 경우 저렴하게 가입하실 수 있습니다.

(다만, 일반심사형의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에 차이가 있을 수 있으니 유의하여 주시기 바랍니다)

고객 경제상황에 맞는 보험료 선택가능

- 납입후 표준환급률 동일지급형 : 보험료 납입기간 중 계약 해지 시 해약환급금을 지급받지 않는 대신 해약환급금 지급형 보다 낮은 보험료로 가입할 수 있는 상품

- 해약환급금 지급형 : 보험료 납입기간 중 계약해지시 해약환급금 지급

- 장기요양등급진단(1~5등급) 및 상해·질병후유장해(80%이상) 무사고 만기연장형 : 85세까지 85세만기확정사유(장기요양 등급진단(1~5등급) 및 상해·질병후유장해(80%이상))가 발생하지 않는 경우 보험기간을 100세까지 연장

보장에서 납입면제까지

- 장기요양등급(1~5등급) 판정시, 상해 및 질병 후유장해(80%이상) 발생시 차회 이후 보장보험료 납입을 면제합니다.

※ 갱신형 특별약관의 보험료는 납입면제에서 제외하며 해당 특약의 보험료를 계속 납입해야 함

02. '상품명'으로 상품의 특징 이해하기

무배당 흥Good 가족사랑 간편치매간병보험

- ① 무배당 : 계약자에게 배당을 하지 않는 상품입니다.
- ② 간편 : 일반심사형을 가입하기 어려운 고객님들을 위해 계약심사과정을 간소화 한 상품입니다.
- ③ 간병보험 : 장기요양등급을 받은 후 발생하는 간병비용을 일시금으로 보장받으실 수 있는 상품입니다.
- ④ 치매보험 : 치매(CDR척도), 알츠하이머 치매, 혈관성 치매 등 다양한 치매진단 위험을 보장하는 상품입니다.

03. 상품의 구조

구분	유형	순수보장형태	이율		갱신형담보*
			보장부분	적립부분	
1종 1형	일반심사형, 납입후 표준환급률 동일지급형	순수보장성	금리확정형 2.75% [적용금리 고정]	-	포함
1종 2형	일반심사형, 해약환급금 지급형	보장/적립구분형	금리확정형 2.75% [적용금리 고정]	금리연동형 [매월 변동하는 공시이율보장]	포함
1종 3형	일반심사형, 장기요양등급진단(1~5등급) 및 상해·질병후유장해(80%이상) 무사고 만기연장형	순수보장성	금리확정형 2.75% [적용금리 고정]	-	포함
2종 1형	간편심사형, 납입후 표준환급률 동일지급형	순수보장성	금리확정형 2.75% [적용금리 고정]	-	포함
2종 2형	간편심사형, 해약환급금 지급형	보장/적립구분형	금리확정형 2.75% [적용금리 고정]	금리연동형 [매월 변동하는 공시이율보장]	포함
2종 3형	간편심사형, 장기요양등급진단(1~5등급) 및 상해·질병후유장해(80%이상) 무사고 만기연장형	순수보장성	금리확정형 2.75% [적용금리 고정]	-	포함

* 갱신형 담보를 포함하는 상품의 갱신 담보 가입시에는 보험료가 변동될 수 있습니다.

II. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항



01. 보험금 지급제한사항

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

☑ 면책기간

면책기간
보험금 미지급

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

... 면책기간 적용 담보 예시

구분	담보명	보장한도
암진단특약	암진단비(유사암제외)	가입 후 90일 간 보장 제외
치매진단특약	경도치매진단비(CDR1점이상) 특별약관	가입 후 1년 간 보장 제외

※ 일부 담보 예시로 실제 가입하신 담보 또한 면책사항이 있을 수 있으니 세부내용은 반드시 약관을 참조하시기 바랍니다.

☑ 감액지급

감액지급
50%
[1년 이내]

이 보험에는 **일정기간 보험금이 일부만 지급(감액지급)**되는 담보가 있습니다.

... 감액지급 적용 담보 예시

구분	담보명	감액기간 및 비율
암진단특약	암진단비(유사암제외)	가입 후 1년 간 보험금 50% 지급
치매 MRI/PET/CT 촬영비 (급여_연간1회한)특약	치매 MRI/PET/CT 검사지원비 (급여_연간1회한)	가입 후 1년미만 발생시 보험금 50% 지급

※ 일부 담보 예시로 실제 가입하신 담보 또한 감액사항이 있을 수 있으니 세부내용은 반드시 약관을 참조하시기 바랍니다.

☑ 보장한도

보장한도
최초
1회한

이 보험에는 **보험금 지급 한도**가 설정된 담보가 있습니다.

... 보장한도 적용 담보 예시

구분	담보명	보장한도
간병관련특약	장기요양등급진단비(1~2등급)	최초1회 에 한해 보장
치매관련특약	치매입원비(1일~90일)	90일 한도로 보장 (퇴원없이 계속 입원시 180일간 보장제외)

※ 일부 담보 예시로 실제 가입하신 담보의 보장한도는 반드시 약관을 참조하시기 바랍니다.

보장한도
보험금
지급한도 적용

02. 해약환급금(률) 및 보험료 비교에 관한 사항

- 보험계약자가 **보험계약을 중도에 해지할 경우** 보험회사는 **해약환급금**을 지급합니다.

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

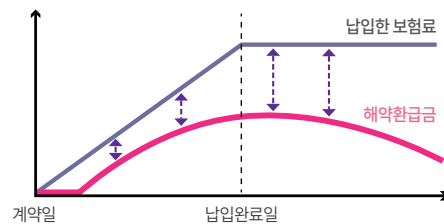
**해약환급금
있음**

!
주의

[2형 해약환급금 지급형]

[3형 장기요양등급진단(1~5등급) 및 상해·질병후유장해(80%이상) 무사고 만기연장형]

보험계약을 **중도에 해지**한 경우,
해약환급금은 납입한 보험료 보다 적거나 없을 수도 있습니다.

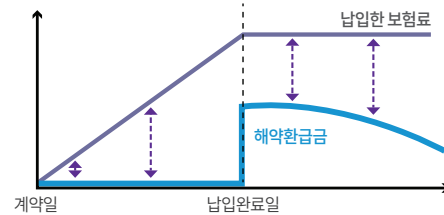


**해약환급금
0원**
[납입기간 중 해지시]

!
주의

[1형 납입후 표준환급률 동일지급형]

보험계약을 **납입기간 중 해지**할 경우,
해약환급금이 없음이며 납입기간이
완료된 이후 해지할 경우 「표준형」*
상품과 동일한 환급률의 해약환급금에
해당하는 금액을 지급하여 드립니다.



**해약환급금
있음(표준환급률)**
[납입기간 후 해지시]

< 상품별 보험료 및 해약환급금(률) 예시 >

구분		1형 (납입후 표준환급률 동일지급형)		표준형* (1형 비교 안내용)		2형 (해약환급금 지급형)	
		환급금	환급률	환급금	환급률	환급금	환급률
원보험료		65,099		80,861		80,588	
경과 기간 (년)	1	0	0%	188,839	19%	160,672	17%
	5	0	0%	3,419,786	70%	3,410,396	71%
	10	0	0%	7,533,529	78%	7,533,529	78%
	19	0	0%	14,962,955	81%	14,962,955	81%
	20	12,710,890	81%	15,789,639	81%	15,789,639	82%
	30	12,529,790	80%	15,557,727	80%	15,557,727	80%
	만기	0	0%	0	0	0	0%

* 「표준형」이란 1형(납입후 표준환급률 동일지급형) 보험료 산출에 기초가 되는 이율, 위험률, 사업비율(해지율 제외) 등이 동일한 상품을 말합니다.

** 「표준형」 1형(납입후 표준환급률 동일지급형)의 비교 안내를 위한 상품으로 판매는 하지 않습니다.

*** 계약자는 위 예시표의 월보험료, 환급금 및 환급률 수준을 비교하여 1형 또는 2형 중 하나의 상품을 선택하여 가입할 수 있습니다.

**** 상기 예시는 표준형환급률에 대한 지급 예시로 실제 값과는 무관합니다.

II. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항

03. 소비자가 반드시 알아두어야 할 상품의 주요 특성

① 보장성보험



- ① 이 보험은 장기요양등급진단비(1~2등급) 보장을 주목적으로 하는 보장성보험이며, **저축이나 연금수령을 목적으로 가입하시기에 적합하지 않습니다.**
- ② 만기 또는 중도해지 시 납입한 보험료보다 환급금이 적을 수 있습니다.
- ③ 가입한 **특약**의 경우 보통약관과 **보험기간이 다를 수 있습니다.**
(특약별 보험기간을 꼼꼼히 확인하시기 바랍니다.)

② 금리연동형 보험(2형만 해당)



- ① 만기시 지급되는 환급금은 적립보험료에 이자를 부리하여 지급하여 드리며 이 때 적용하는 이율이 적립부분 공시이율(보장)이며 이는 매월 변동됩니다.
- ② 이 때 적용 적립부분 공시이율(보장)은 **계약체결 · 유지관리에 필요한 경비 및 위험보장을 위한 보험료를 차감한 금액에 대해서만 적용됩니다.**



- ③ 이 보험의 **최저보증이율***은 연복리 **0.3%**입니다.
* 자산운용이익률, 시장금리가 하락하는 경우 회사가 보증하는 적용이율의 최하한도
- ④ 1형(납입후 표준환급률 동일지급형), 3형은 순수보장성으로 판매하므로 적립부분 공시이율(보장)을 적용하지 않습니다.

③ 예금자보호제도에 관한 사항



이 보험계약은 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.

④ 보험료 납입면제에 관한 사항



- ① 보험료 납입기간 중에 「장기요양등급진단비(1~5등급)」, 「일반상해후유장해(80% 이상)」, 「질병후유장해(80%이상)」을 지급한 경우에는 **차회 이후 보험료 납입을 면제**하여 드립니다. (**납입면제 가입시**)
- ② 2형은 보장보험료 납입이 면제된 경우 차회 이후 **적립보험료의 납입은 중지**합니다.
- ③ 갱신형 특별약관의 보험료는 납입면제에서 제외하며 해당 특별약관의 보험료를 계속 납입하셔야 합니다.

II. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항

5 보험료 비교 안내에 관한 사항(「간편심사형」에 해당)



무배당 흥Good 가족사랑 간편치매간병보험 “간편심사형”은 “일반심사형”에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다.

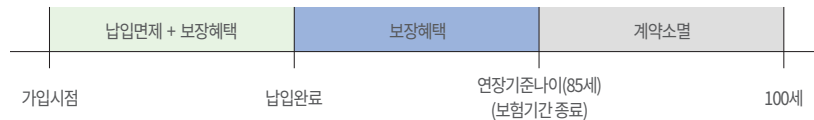
- ① 간편심사형이란 **의적결함 및 연령제한**으로 인하여 보험시장에서 소외되고 있는 유병력자나 고령자등의 계약심사 및 건강검진의 부담을 줄여 보험에 가입할 수 있도록 표준체에 비하여 **간소화된 계약전 알릴의무 항목**을 활용하여 **계약심사 과정을 간소화**함을 의미합니다.
- ② 계약자가 “간편심사형” 가입시 회사는 “일반심사형”의 보험료를 비교하여 안내하고, “일반심사형”의 경우 피보험자가 표준체에 해당하는 계약전 알릴의무 항목을 통하여 **보험가입 여부에 대한 의적심사를 거쳐 가입이 가능한 상품임을 설명**하여야 합니다. 상기 계약자에게 안내한 사항에 대한 확인을 받습니다.
- ③ 회사는 계약자가 **최초계약의 계약일부터 3개월 이내에 “일반심사형” 가입을 희망**하는 경우, 동일한 피보험자를 대상으로 일반계약심사를 통하여 “일반심사형”을 **청약할 수 있는 기회를 제공**합니다. 다만, 본 계약의 **보험금이 이미 지급되거나 청구서류를 접수한 경우에는 그러하지 않습니다.**
- ④ 위③에 의하여 “일반심사형”에 가입하는 경우에는 “간편심사형”으로 가입한 계약은 **무효로 하며 이미 납입한 보험료를 보험계약자에게 돌려드립니다.**

6 보험기간 적용에 관한 사항(3형에 한함)

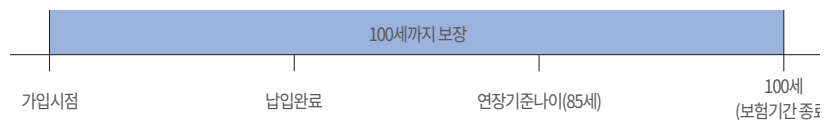


피보험자에게 연장기준나이(85세) 계약해당일 전일 이전에 85세만기확정사유가 발생한 경우, 보험기간은 연장기준나이 계약해당일에 종료됩니다.

- ① 연장기준나이 이전 85세만기확정사유가 발생한 경우



- ② 연장기준나이 이전 연장불가사유 발생하지 않은 경우



* 연장기준나이 : 보험기간의 적용에 따라 보험기간이 종료되는 나이로 85세를 말합니다.
자세한 내용은 보통약관 제28조(보험기간의 적용)을 따릅니다.

II. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항

- ③ 아래의 특별약관에 대해서는 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용하며 보험기간 연장이 불가합니다
- 보험료납입면제대상보장(장기요양등급진단(1~5등급) 및 상해·질병후유장해(80%이상))
 - 85세만기확정대상보장(장기요양등급진단(1~5등급) 및 상해·질병후유장해(80%이상))
 - 질병사망
 - 보험료납입면제대상보장(장기요양등급진단(1~5등급) 및 상해·질병후유장해(80%이상))(경증간편가입)
 - 85세만기확정대상보장(장기요양등급진단(1~5등급) 및 상해·질병후유장해(80%이상))(경증간편가입)
 - 질병사망(경증간편가입)

⑦ 85세만기확정사유에 관한 사항(3형에 한함)



피보험자가 연장기준나이(85세) 계약해당일 전일 이전에 아래의 사유에 해당하는 보험사고가 발생한 경우 보험 만기 연장은 불가합니다.

- ① 장기요양등급(1~5등급) 판정 후 보험금을 지급한 경우
- ② 상해로 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
- ③ 진단 확정된 질병으로 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우

04. 갱신 시 보험료 인상 가능성

- ◎ 이 보험에는 **갱신 시 보험료가 변동**되는 갱신형 계약이 포함되어 있습니다.



갱신형 계약은 **갱신할 때 마다** 연령의 증가, 위험률 변동 등으로 **보험료가 인상** 될 수 있으니 주의하시기 바랍니다.

갱신시 보험료가 인상될 수 있는 계약 예시

표적치매약물허가치료비(최경증치매·경증알츠하이머치매)(갱신형_5년) 등과 같이 담보명예 "(갱신형)"이 포함된 보장

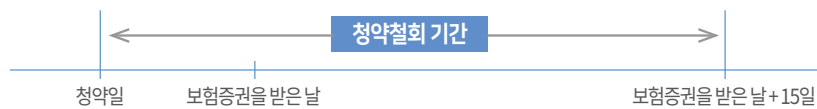
III. 보험계약의 일반사항



01. 청약을 철회할 수 있는 권리

보통약관 제22조 청약의 철회

- 보험계약자는 **보험증권을 받은 날부터 15일 이내**에 보험계약의 **청약**을 **철회**할 수 있으며, 이 경우 회사는 **청약 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내**에 납입한 보험료를 돌려드립니다.



! [청약철회가 불가한 경우]

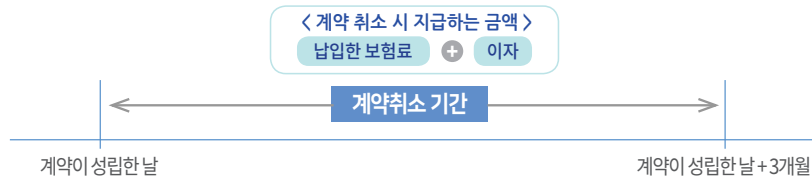
- 주의
- ① **청약일**부터 **30일**(만 65세 이상 보험계약자 & 전화로 체결한 계약의 경우 45일)을 **초과**한 경우
 - ② **진단계약**, 보장기간이 **90일 미만인 계약** 또는 **전문금융소비자가 체결한 계약**

02. 보험계약을 취소할 수 있는 권리

보통약관 제23조 약관 교부 및 설명의무 등

- 보험계약자는 다음의 경우 계약이 성립한 날부터 **3개월 이내**에 **계약**을 **취소**할 수 있습니다.

- ✓ 보험계약을 청약할 때 **보험약관** 및 **보험계약자 보관용 청약서**를 전달받지 못한 경우
- ✓ **보험약관의 중요내용**을 설명 받지 못한 경우
- ✓ 보험계약자가 청약서에 **자필서명**을 하지 않은 경우



03. 보험계약의 무효

보통약관 제24조 계약의 무효

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

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

III. 보험계약의 일반사항

04. 보험계약前 알릴의무 및 위반시 효과

보통약관

제17조 계약 전 알릴 의무
제19조 알릴 의무 위반의 효과

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



계약자
또는
피보험자

고의 또는 중과실로
사실과 다르게 알린 경우

계약 **해지** 가능
(회사)

보장 **제한** 가능
(회사)

- 주의**
- 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.

민원 사례

A씨는 보험가입 후 계약前 알릴의무 사항에 대하여 사실과 다르게 고지한 부분을 사유로 보험금 청구시 보험금을 받지 못함에 대해 민원 제기



→ 보험계약자 또는 피보험자는 청약시에 보험회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대하여 사실대로 기재하고 자필(전자)서명을 하셔야 합니다. 만일, 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우, 보험사는 보험계약자 또는 피보험자의 의사와 관계없이 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

법률 지식

[대법원 2007. 6. 28. 선고 2006다59837]

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

보험설계사에게
이야기 했다고요!!



청약서 질문표에는
다르게 기재하셨잖아요.



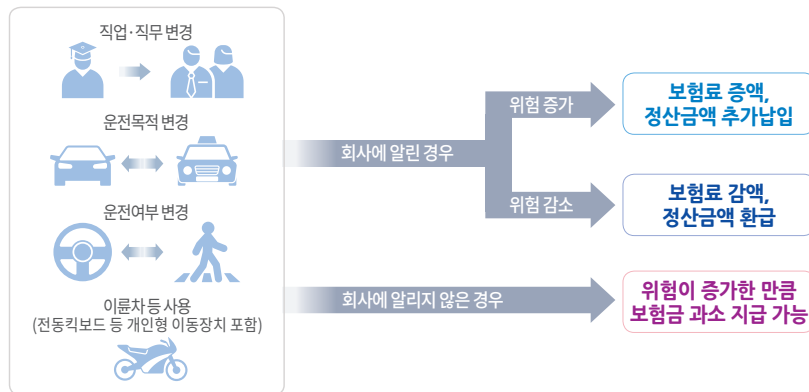
05. 보험계약後 알릴의무 및 위반시 효과

보통약관

제18조 상해보험 계약후 알릴 의무
제19조 알릴 의무 위반의 효과

- 보험계약자 등은 피보험자의 **직업·직무 변경 등이 발생**한 경우 **지체없이** 보험회사에 알려야 하며, 이를 **위반**하는 경우 **보험금 지급이 제한**될 수 있습니다.

- 주의** ! 보험회사는 피보험자의 직업·직무 변경 등으로
- ① **위험이 감소**한 경우 **보험료**를 감액하고 **정산금액**을 **환급**하여 드리며,
 - ② **위험이 증가**한 경우 **보험료**가 증액되고 **정산금액**의 **추가 납입**이 **필요**할 수 있습니다.



06. 보험료 납입연체 및 보험계약의 해지

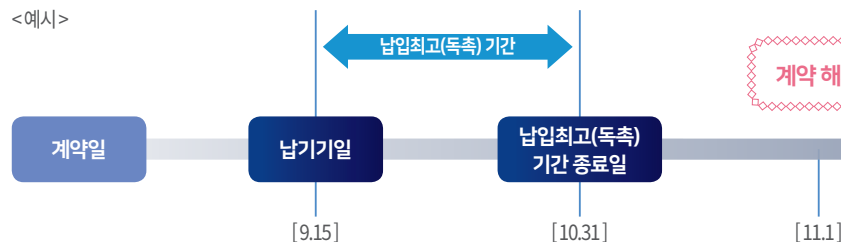
보통약관

제33조 보험료의 납입이 연체되는
경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지

- 제2회이후 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)

<예시>



III. 보험계약의 일반사항

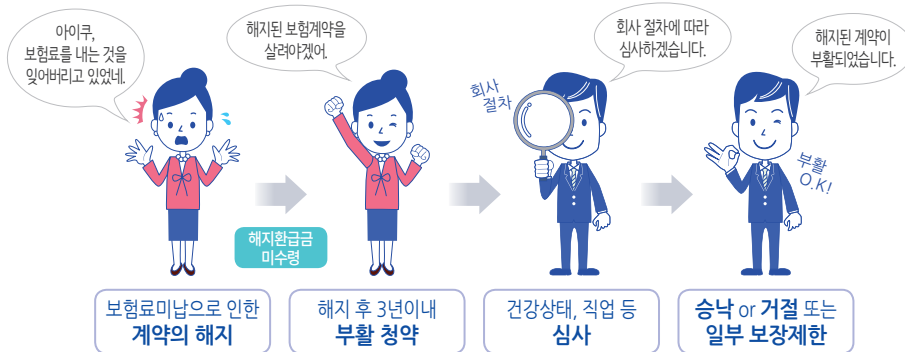
07. 해지된 보험계약의 부활(효력회복)

보통약관

제34조 보험료의 납입을 연체하여
해지된 계약의 부활(효력회복)
제35조 강제집행 등으로 인하여 해지
된 계약의 특별부활(효력회복)

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

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



08. 보험계약대출

보통약관

제40조 보험계약대출

- 보험계약자는 보험계약의 해약환급금 범위 내에서 보험계약대출을 받을 수 있습니다.

- 주의** ① **상환하지 않은 보험계약대출금** 및 **이자**는 **해약환급금** 또는 **보험금**에서 **차감**될 수 있습니다.
- ② **순수보장성보험** 등 보험상품 종류에 따라 **보험계약대출**이 **제한**될 수 있습니다.
- ③ 보험계약자는 대출신청 전에 **보험계약대출이율**을 반드시 **확인**하시기 바랍니다.

<예시>

환급금 내역서				
해지환급금	공제금액			실 수령액
	원금	이자	계	
1,000 만원	500 만원	5 만원	505 만원	495 만원



IV. 보험금 청구 및 지급절차 안내

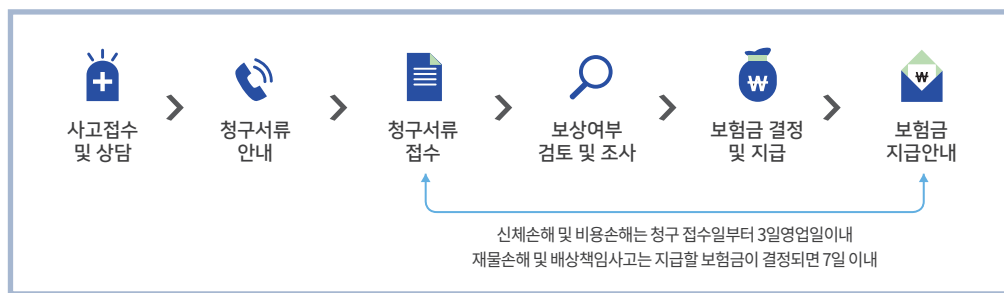


01. 보험금 청구 및 지급절차

보통약관

제9조 보험금 등의 지급절차

- **보험금**은 청구서류 서류접수일로부터 신체손해 및 비용손해는 **3영업일**, 재물손해 및 배상책임사고는 지급할 보험금이 결정되면 **7일 이내**에 지급하는 것이 원칙입니다.



● 보험금 청구서류 접수방법

- 보험금 청구는 방문 없이 홈페이지(www.heungkukfire.co.kr), 유선접수(1688-1688), 우편접수, Fax로 가능하며, 우편접수시에는 아래의 접수처로 보험금 청구서(당사양식)를 첨부하여 송부해 주시기 바랍니다.
- * 우편접수 : (07254) 서울특별시 영등포구 버드나루로2길 7 (영등포동2가) 흥국생명빌딩 9층 사고접수 담당자
- 담당부서 및 담당자 연락처, 예상지급기일 등은 담당자가 지정되면 문자를 통해 알려 드리며 담당자 지정 전에는 콜센터로 문의하시기 바랍니다.

● 보험금 청구 소멸시효

- 보험금 청구서류를 사고발생일로부터 3년 이내에 접수하지 않으면 청구권이 소멸됩니다.(상법662조)

● 손해사정사 선임 및 조사

- 보험금 지급여부 결정을 위해 사고 현장조사, 병원방문 조사 등이 필요한 경우 보험업법에 따라 금융감독원에 등록된 손해사정법인에게 조사 업무를 위탁할 수 있습니다.
- 보험회사가 손해사정법을 선임하는 경우 그 비용은 보험회사가 부담하며 가입자가 별도로 손해사정사를 선임하는 경우 그 비용은 가입자가 부담하여야 합니다.

● 장해진단서 제출시 유의사항

- 장해진단서를 제출 하시는 경우에는 가능한 3차 의료기관에서 진단 또는 소견을 요청드리며 진단 전에 보상 담당자와 협의하시는 것이 신속한 보험금 심사에 도움이 됩니다.(3차 의료기관 : 500병상 이상의 대학병원 및 종합병원)

● 의료심사

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

● 보험기간 치료비, 벌금, 배상책임 분담지급(비례보상 적용) 등

- 상해·질병으로 인한 의료비와 벌금, 배상책임 등 실비를 보상하는 상품의 경우 다른 보험회사의 가입여부에 따라 비례보상 원칙을 적용하여 보험금을 지급할 수 있습니다.
- 이 경우 개인정보 제공에 동의하시면 타사에 접수대행가능하며 타 보험사의 가입사항은 손해보험협회를 통해 확인 가능합니다.

IV. 보험금 청구 및 지급절차 안내

● 보험금 지급심사 지연안내 및 지연이자 지급

- 약관상 정해진 지급기일내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 지연사유, 지급예정일을 안내하여 드리며 지급예정일을 초과하는 경우 약관상 규정된 내용에 따라 지연이자를 산정하여 지급합니다.

● 보험금 지급안내 및 심사절차 조회 방법

- 보험금은 정상지급 또는 삭감 및 부지급(약관, 판례 등의 사유)될 수 있으며, 보험금이 지급되는 경우 문자, 우편 등을 통해 안내드리며, 산정내역에 이의사항이 있는 경우 아래로 연락주시면 상담하여 드립니다.
- 우편접수 : 서울시 종로구 새문안로 68(신문로1가) 6층 소비자지원팀
- 전화상담 : 1688-1688(상담가능시간 : 09시~18시)
- 당사 홈페이지(www.heungkukfire.co.kr)에 접속하시면 계약내용, 사고처리 진행경과 및 지급내역을 확인하실 수 있습니다.

보험모집질서 확립

보험계약과 관련한 보험모집질서 문란행위는 보험업법에 의해 처벌받을 수 있습니다.
금융감독원 보험 모집질서 위반행위 신고센터 전화 : 1332 홈페이지 : www.fss.or.kr

02. 보험금 청구시 구비서류 안내



보통약관

제8조 보험금 등의 청구



주의

- 사고 내용, 특성, 상품(보장내역)에 따라 추가 서류를 요구할 수 있으니, 보험금 청구 전 보험회사에 제출서류를 확인하시기 바랍니다.
- 기타 자세한 사항은 1688-1688로 문의바랍니다

보험금 청구서류

구분	진단서	입·퇴원 확인서	수술확인서	통원확인서	진단사실 확인서류	공통
사망	● (사망진단서)					청구서 신분증
장해	● (장해진단서)					
진단	●				● (검사결과지 등)	
입원	△	●				
수술	△		●			
실손	△	● (입원시)	● (수술시)	● (통원시)		

IV. 보험금 청구 및 지급절차 안내

1. 상해/질병 사고

구 분		구비서류	발급처
공통서류		- 보험금청구서(개인(신용)정보처리동의서, 계좌번호 포함) - 주민등록 사본 - 가족관계 확인 필요시 : 가족관계 확인서류(가족관계증명서, 혼인관계증명서) *배우자, 자녀등의 보장상품, 수익자가 미성년자인 경우 등 - 대리인 청구시 : 위임장, 보험금 청구권자의 인감증명서(또는 본인서명사실 확인서, 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사 표시의 확인방법 포함), 보험금 청구권자의 개인(신용)정보처리동의서 - 재해사고시 : 사고입증서류(표아래 참고)	당사양식 시/군/구청 및 읍/면/동 행정복지 센터
사망		- 사망진단서(사체검안서) 원본 또는 피보험자 기본증명서(사망사실 기재)가 첨부된 사망진단서(사체검안서) 사본(원본대조필 포함) ※ (수익자 미지정시)추가 요청서류 - 상속관계 확인서류(예시 : 가족관계증명서, 혼인증명서 등) - 상속인이 다수인 경우 : 상속인 각각의 위임장 및 인감증명서(또는 본인서명 사실확인서, 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사 표시의 확인방법 포함)	경찰서 시/군/구청 및 읍/면/동 행정복지센터 진료병원
의료비	입원	- 진단서[단, 50만원 이하시 진단명이 포함된 입퇴원 확인서 또는 진단명 및 입원기간이 포함된 진료확인서로 같음] - 입퇴원확인서(진단서에 입원기간이 포함된 경우는 제외)	진료병원
	통원	- 진단서·통원확인서·(통원일자별)처방전·진료확인서·소견서·진료차트 등 진단명, 통원일자 및 기간이 포함된 서류 - 3만원 이하 : 진료비계산서(영수증) - 3만원 초과 10만원 이하 : 진료비계산서(영수증), 처방전(질병분류기호 기재) →단, 산부인과, 항문외과, 비뇨기과, 피부과 등 제외 ※ 처방전 : 환자가 요구하는 경우 2부 발행 가능(무료) - 보험급여지급확인서	
후유장해		- 후유장해진단서 ※ 발급전 당사 콜센터 또는 지급담당자와 상의하시기 바랍니다. ※ (일반)진단서로 대체 가능한 장애 · 만성신부전 : 최초 혈액투석일, 환자상태 기재 · 사지절단 : 절단부위, 환자상태 기재, X-ray필름 첨부 · 인공관절치환술 : 수술명, 수술일자 기재 · 비장, 신장적출 : 비장, 신장적출 수술일 기재	종합병원 (대학병원)
진단금		- 진단서 - 진단사실 확인서류 - [예시] 암 : 조직검사 결과지, 뇌졸중·심근경색 : 정밀검사결과지(CT, MRI, 심전도 등)	진료병원
골절		- 진단서·처방전·진료확인서·소견서·진료차트 등 진단명이 포함된 서류	진료병원
수술		- 진단서·수술확인서 등 진단명, 수술명, 수술일자가 포함된 서류	진료병원

IV. 보험금 청구 및 지급절차 안내

신생아 입원비	- 진단서[단, 50만원 이하시 진단명이 포함된 입퇴원확인서 또는 진단명 및 입원기간이 포함된 진료확인서로 갈음] - 입퇴원확인서(진단서에 인큐베이터 사용시 해당기간 명시) ※진단서에 입원기간(인큐베이터 사용기간)이 포함된 경우는 제외	진료병원
유산/사산	- 진단서(유산), 사산증명서(사산)	
치아관련 담보	- 치아 치료에 관한 진료기록 사본 및 진료확인서(아래 내용 포함) 가. 진료된 치아위치(또는 치아번호) 나. 진료내용 다. 진단확정일, 진료시작일, 진료종료일, 진료일수 등 - 치과치료 전후 해당 치아의 X-Ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료 - 진료비계산서(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 항목이 포함된 치과 진료비 영수증 등)	진료병원

◆ 진단서, 통원확인서, 처방전, 진료확인서, 소견서, 수술확인서, 진료차트 등에는 진단명이 기재되어 있어야 합니다.

◆ 필요시 손해조사, 신속한 보험금 지급결정을 위해 보상담당자가 의료정보 열람 위임장(인감날인)/인감증명서를 요청할 수 있습니다.

◆ 척추체 등 운동장애 판정은 운동가능범위(AMA)방식을 적용하나 추간판탈출증(속칭 디스크)의 경우 산정기준이 이와 다르며 운동장애의 경우에도 사고내용에 따라 산정기준이 상이할 수 있습니다.

재해 입증서류 예시

1. 교통사고 : 공공기관(경찰서, 소방서 등), 손해보험사, 공제조합(버스, 화물, 택시 등) 사고사실확인서
2. 산업재해 : 산업재해처리내역서 또는 보험급여지급확인서
3. 군인재해사고 : 공무상병인증서
4. 의료사고 등 법원분쟁 : 법원판결문
5. 기타 재해사고 : 공공기관(경찰서, 소방서 등) 사고사실확인서
6. 확인서류 발급불가 재해사고 : 병원초진차트 등 재해사고 증명서류 및 보험금 청구서상 재해사고내용 기재

2. 교통상해사고

구 분	구비서류	발급처
공통서류	- 보험금청구서(개인(신용)정보처리동의서, 계좌번호 포함) - 청구인 신분증 사본 - 가족관계 확인 필요시 : 가족관계 확인서류(가족관계증명서, 혼인관계증명서) * 배우자, 자녀등의 보장상품, 수익자가 미성년자인 경우 등 - 대리인 청구시 : 위임장, 보험금 청구권자의 인감증명서(또는 본인서명사실 확인서, 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사 표시의 확인방법 포함), 보험금 청구권자의 개인(신용)정보처리동의서 - 재해사고시 : 사고입증서류(표아래 참고)	당사양식 시/군/구청 및 읍/면/동 행정복지 센터
사망	- 사망진단서(사체검안서) 원본 또는 피보험자 기본증명서(사망사실 기재)가 첨부된 사망진단서(사체검안서) 사본(원본대조필 포함) ※ (수익자 미지정시)추가 요청서류 - 상속관계 확인서류(예시 : 가족관계증명서, 혼인증명서 등) - 상속인이 다수인 경우 : 상속인 각각의 위임장 및 인감증명서(또는 본인서명 사실확인서, 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사 표시의 확인방법 포함)	경찰서 시/군/구청 및 읍/면/동 행정복지 센터 진료병원

IV. 보험금 청구 및 지급절차 안내

후유장해		- 후유장해진단서 ※ 발급전 당사 콜센터 또는 지급담당자와 상의하시기 바랍니다.	종합병원 (대학병원)
		※ (일반)진단서로 대체 가능한 장해 · 사지절단 : 절단부위, 환자상태 기재, X-ray필름 첨부 · 인공관절치환술 : 수술명, 수술일자 기재 · 비장, 신장적출 : 비장, 신장적출 수술일 기재	
의료비, 입원 일당 및 응급실 내원비	자동차 보험처리	- 사고처리확인서(자사 자동차보험 처리시 생략가능)	해당보험사
	자동차 보험 미 처리	- 교통사고사실확인원 - 입(통)원확인서(진단명 필수기재) - 진료비영수증 - 진료비 세부내역서 - 경찰서 미신고시 기타사고 증빙서류제출(초진차트 등)	경찰서 진료병원
면허정지처리비용		- 교통사고사실확인원 - 면허정지 행정처분 확인원(교육必後) - 운전경력 증명서	경찰서 법원 면허시험장
면허취소처리비용		- 교통사고사실확인원 - 면허취소 행정처분 확인원 - 운전경력 증명서	경찰서 법원 면허시험장
벌금		- 교통사고사실확인원, 약식명령서, 벌금영수증	경찰서, 법원
교통사고합의비용 (중상해 포함)		- 교통사고사실확인원 - 피해자진단서 - 경찰서에 제출된 형사합의서(합의금액 명시), 공소장(미합의시)공탁서 및 피해자 공탁금 출금 확인서	경찰서, 법원
자동차사고 부상		- 자동차보험에서 보상받은 경우 · 해당 자동차보험의 보상처리확인서 - 자동차보험에서 보상받지 못한 경우 · 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원 및 상해등급을 판단할 수 있는 서류 (진단서, 수술기록지 등)	보험사, 병원, 경찰서

◆ 진단서, 통원확인서, 처방전, 진료확인서, 소견서, 수술확인서, 진료차트 등에는 진단명이 기재되어 있어야 합니다.

◆ 필요시 손해조사, 신속한 보험금 지급결정을 위해 보상담당자가 의료정보 열람 위임장(인감날인)/인감증명서를 요청할 수 있습니다.

◆ 척추체 등 운동장해 판정은 운동가능범위(AMA)방식을 적용하나 추간판탈출증(속칭 디스크)의 경우 산정기준이 이와 다르며 운동장해의 경우에도 사고내용에 따라 산정기준이 상이할 수 있습니다.

재해 입증서류 예시

1. 교통사고 : 공공기관(경찰서, 소방서 등), 손해보험사, 공제조합(버스, 화물, 택시 등) 사고사실확인서
2. 산업재해 : 산업재해처리내역서 또는 보험급여지급확인서
3. 군인재해사고 : 공무상병인증서
4. 의료사고 등 법원분쟁 : 법원판결문
5. 기타 재해사고 : 공공기관(경찰서, 소방서 등) 사고사실확인서
6. 확인서류 발급불가 재해사고 : 병원초진차트 등 재해사고 증명서류 및 보험금 청구서상 재해사고내용 기재

IV. 보험금 청구 및 지급절차 안내

3. 배상책임사고

구 분		구비서류
공통서류		- 보험금청구서(재물·배상) - 피보험자의 가족관계확인서(중복보험 확인용도) - 보험금수취인의 신분증 및 통장사본 - 합의서
의료비	입원	- 진단서(20만원 미만시 입원확인서로 대체가능) - 진료비영수증 - 진료비 세부내역서(본인부담금 50만원 이하 또는 비급여 내역이 없는 경우 생략) - 초진기록지, 간호정보조사지
	통원	- 통원(진료)확인서 또는 병명 기재된 차트 - 일자별 영수증 및 약국영수증(병원처방전필수) * 카드 결제 영수증은 증빙서류가 아님 - 초진기록지
대인	치료비	- 피해자 신분증 - 진단서 또는 초진차트(진단명 명시) - 치료비 영수증 - 입원확인서(입원시) - 상급병실 사용 확인서(법정전염병 또는 중환자로서 특별히 인정되는 경우 지급) - 개호소견서 - 향후 치료비 추정서(치료 현재시점 이후에 지속적 가료를 요하는 경우)
	휴업손해	- 피해자 소득 입증자료(근로소득 원천징수 영수증, 최근 3개월간 임금 대장, 근로계약서 등)
	후유장해	- 후유장해 진단서(맥브라이드식 장해평가) * 발급時 보상담당자와 상의하시기 바랍니다.
	사망	- 사망진단서(사체검안서) - 가족관계증명서, 기본증명서(망자의 기본증명서 및 각 상속인의 기본증명서 포함) - 제적등본 - 통장사본 - 법정상속인이 다수인 경우 대표자에게 위임時 각각의 위임장 및 인감증명서(또는 본인서명 사실확인서, 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인 방법 포함) 첨부
대물		- 피해자 신분증 - 파손사진 - 피해물의 등록증(차량등록증, 건물등기부등본 등) - 수리불가 확인서(수리 불가시) - 수리비 영수증

V. 자주 발생하는 민원 예상



01. 고지의무 관련 사례

- A씨는 보험가입 후 계약전 알릴의무 사항에 대하여 사실과 다르게 고지한 부분을 사유로 보험금 청구시 보험금을 받지 못함에 대해 민원 제기



유의사항

보험계약자 또는 피보험자는 청약시에 보험회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대하여 사실대로 기재하고 자필(전자)서명을 하셔야 합니다. 만일, 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우, 보험사는 보험계약자 또는 피보험자의 의사와 관계없이 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

※ 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사에게 알린 경우에는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.



02. 가입 초기 해약환급률 과소 관련 사례

- A씨는 보험가입 6개월 후 개인사유로 보험계약을 해지하였으며, 해지시 해약환급금이 납입한 보험료보다 적은 것에 대한 민원 제기



유의사항

보험계약은 은행의 저축과 달리 납입한 보험료 중 일부는 다른 계약자에게 보험금으로 지급되며, 또다른 일부는 보험회사의 운영에 필요한 경비로 사용되어 해약환급금이 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다.



V. 자주 발생하는 민원 예상

03. 암진단비 면책관련 사례

- A씨는 보험 가입 2개월 지난 시점에 위암진단 판정을 받고, 보험금을 청구하였으나, 보험금 지급이 거절되어 민원 제기



유의사항

약관에 의거하여, 암(갑상선암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 제외)은 계약일 이후 90일의 면책기간을 설정하고 있으며, 면책기간에 발생한 암진단(갑상선암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 제외)은 보험금을 지급하지 않습니다. 90일이 경과된 이후에도 일정기간(1년) 이내인 경우 보험금이 삭감될 수 있습니다.



04. 피보험자의 직업 및 직무 변경 관련 사례

- A씨는 일반 사무직으로 근무하던 중 보험을 가입하고 몇 년 후 직업을 물품배달원으로 변경하였으나 이를 보험회사에 알리지 않았고, 일반상해로 사고가 발생한 후 보험금을 청구하였으나 보험금이 약정한 보험금보다 적은 것에 대해 민원 제기



유의사항

계약자 또는 피보험자는 계약을 맺은 후 피보험자가 직업 또는 직무를 변경(자가용운전자가 영업용 운전자로 직업 또는 직무 변경 포함)하게 된 경우에는 즉시 회사에 알려야 합니다. 그렇지 않을 경우 보험사고가 발생한 경우 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.

05. 해약환급금 과소 관련 사례

[1형(납입후 표준환급률 동일지급형) 가입자에 한함]

- A씨는 1형(일반심사형, 납입후 표준환급률 동일지급형)을 20년동안 보험료를 납입하는 구조로 가입하고 성실하게 보험료를 납부해오다 15년 후 개인사유로 보험계약을 해지하였으나 해약환급금이 없는 것에 대한 민원 제기



유의사항

1형(납입후 표준환급률 동일지급형)은 납입기간중에 해지시 해약환급금이 없는 반면 2형(해약환급금 지급형) 대비 낮은 보험료로 가입하실 수 있습니다.

납입기간 중 해약환급금 및 보험료수준	2형	>=	1형

06. 자동갱신 및 갱신시 보험료 인상 관련 사례

- A씨는 갱신형 보장에 대한 자동갱신 안내문을 받고 갱신형 보장의 보험료가 많이 인상됐다는 사실을 확인하고 민원제기



유의사항

자동갱신 보장은 만기일의 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 만기일의 다음날에 자동 갱신되고, 갱신시 피보험자의 연령증가 및 해당 보장의 손해율에 따라 보험료가 인상될 수 있으며, 인상폭은 계약당시에 예측한 해당 보장의 손해율 차이에 따라 달라질 수 있습니다.

VI. 보험용어 해설



용어	설명
보험약관	보험계약에 관하여 보험계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것
보험증권	보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 교부하는 증서
보험계약자	보험회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람
피보험자	<신체손해/비용손해 보장> 보험사고 발생의 대상이 되는 사람 <재물손해/배상책임 보장> 보험사고가 발생함으로써 손해를 입을 수 있는 사람, 즉 피보험이익을 지니고 있는 사람을 말하며, 해당 보험금을 청구할 수 있는 사람
보험수익자	보험사고 발생시 보험금 청구권을 갖는 사람
보험료	· 보장보험료 : 보험계약에 따른 보장을 받기 위하여 보험계약자가 보험회사에 납입하는 보험료 · 적립보험료 : 회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료 · 적립부분 순보험료 : 적립보험료에서 적립부분 사업비를 공제한 후의 금액 ※ 보험료 = 보장보험료 + 적립보험료
보험금	<신체손해/비용손해 보장> 피보험자의 사망, 장애, 입원 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자에게 지급하는 금액 <재물손해/배상책임 보장> 피보험자의 배상책임손해 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 피보험자에게 지급하는 금액
보험기간	보험계약에 따라 보장을 받는 기간
보장개시일	보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날
보험계약일	보험계약자와 회사와의 보험계약 체결일
보험가입금액	보험금, 보험료 및 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액
계약자적립액	· 계약자적립액 = 보장부분 계약자적립액 + 적립부분 계약자적립액 · 보장부분 계약자적립액 : 장래의 보험금 지급을 위하여 보험계약자가 납입한 보장순보험료 중 일정액을 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 보험회사가 적립해 둔 금액 · 적립부분 계약자적립액 : 장래의 만기환급금 지급을 위하여 보험계약자가 납입한 적립순보험료를 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 보험회사가 적립해 둔 금액

목 차

흥국화재 약관 이용 Guide Book

시각화 된 흥국화재 약관 요약서

I. 보험계약의 개요	8
II. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항	10
III. 보험계약의 일반사항	15
IV. 보험금 청구 및 지급절차 안내	19
V. 자주 발생하는 민원 예상	25
VI. 보험용어 해설	28

보 통 약 관

제1관 목적 및 용어의 정의	44
제1조(목적)	44
제2조(용어의 정의)	44
제2관 보험금의 지급	47
제3조(보험금의 지급사유)	47
제4조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)	47
제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)	48
제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)	48
제7조(보험금 지급사유의 통지)	49
제8조(보험금 등의 청구)	49
제9조(보험금 등의 지급절차)	50
제10조(중도인출)	51
제11조(공시이율의 적용 및 공시)	52
제12조(만기환급금의 지급)	53
제13조(보험금 받는 방법의 변경)	54
제14조(주소변경통지)	55
제15조(보험수익자의 지정)	55
제16조(대표자의 지정)	55

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	56
제17조(계약 전 알릴 의무)	56
제18조(상해보험 계약 후 알릴 의무)	56
제19조(알릴 의무 위반의 효과)	58
제20조(사기에 의한 계약)	59
제4관 보험계약의 성립과 유지	60
제21조(보험계약의 성립)	60
제22조(청약의 철회)	61
제23조(약관 교부 및 설명의무 등)	62
제24조(계약의 무효)	63
제25조(계약내용의 변경 등)	64
제26조(보험나이 등)	65
제27조(보통약관 계약의 소멸)	66
제27조의2(계약의 소멸시 계약자적립액의 청구)	67
제28조(보험기간의 적용)	67
제29조(보험기간의 적용에 관한 세부규정)	69
제5관 보험료의 납입	71
제30조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)	71
제31조(제2회 이후 보험료의 납입)	71
제32조(보험료의 자동대출납입)	71
제33조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	72
제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	73
제35조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))	74
제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등	75
제36조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)	75
제36조의2(위법계약의 해지)	75
제37조(중대사유로 인한 해지)	76
제38조(회사의 파산선고와 해지)	76
제39조(해약환급금)	77
제40조(보험계약대출)	79
제41조(배당금의 지급)	80
제7관 지정대리청구에 관한 사항	80
제42조(적용대상)	80
제43조(지정대리청구인의 지정)	80
제44조(지정대리청구인의 변경지정)	80

제45조(지정대리청구인에 의한 보험금 지급 등의 절차)	81
제46조(지정대리청구인에 의한 보험금 등의 청구)	81
제8관 분쟁의 조정 등	81
제47조(분쟁의 조정)	81
제48조(관할법원)	82
제49조(소멸시효)	82
제50조(약관의 해석)	82
제51조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)	82
제52조(회사의 손해배상책임)	83
제53조(개인정보보호)	83
제54조(준거법)	83
제55조(예금보험에 의한 지급보장)	83

특 별 약 관

제1장. 장기요양관련 특별약관	86
1. 장기요양등급진단비(1등급) 특별약관	86
1-1. 장기요양등급진단비(1등급) 특별약관	86
1-2. 장기요양등급진단비(1등급)(경증간편가입) 특별약관	86
2. 장기요양등급진단비(1~3등급) 특별약관	87
2-1. 장기요양등급진단비(1~3등급) 특별약관	87
2-2. 장기요양등급진단비(1~3등급)(경증간편가입) 특별약관	87
3. 장기요양등급진단비(1~4등급) 특별약관	88
3-1. 장기요양등급진단비(1~4등급) 특별약관	88
3-2. 장기요양등급진단비(1~4등급)(경증간편가입) 특별약관	88
4. 장기요양등급진단비(1~5등급) 특별약관	89
4-1. 장기요양등급진단비(1~5등급) 특별약관	89
4-2. 장기요양등급진단비(1~5등급)(경증간편가입) 특별약관	89
5. 장기요양급여금(1~2등급, 재가급여)(월1회한) 특별약관	90
5-1. 장기요양급여금(1~2등급, 재가급여)(월1회한) 특별약관	90
5-2. 장기요양급여금(1~2등급, 재가급여)(월1회한)(경증간편가입) 특별약관	90
6. 장기요양급여금(1~2등급, 시설급여)(월1회한) 특별약관	94
6-1. 장기요양급여금(1~2등급, 시설급여)(월1회한) 특별약관	94
6-2. 장기요양급여금(1~2등급, 시설급여)(월1회한)(경증간편가입) 특별약관	94
7. 장기요양급여금(1~5등급, 재가급여)(월1회한) 특별약관	97
7-1. 장기요양급여금(1~5등급, 재가급여)(월1회한) 특별약관	97
7-2. 장기요양급여금(1~5등급, 재가급여)(월1회한)(경증간편가입) 특별약관	97

8. 장기요양급여금(1~5등급, 시설급여)(월1회한) 특별약관	102
8-1. 장기요양급여금(1~5등급, 시설급여)(월1회한) 특별약관	102
8-2. 장기요양급여금(1~5등급, 시설급여)(월1회한)(경증간편가입) 특별약관	102
9. 장기요양등급진단비(1~5등급(인지지원등급포함)) 특별약관	106
9-1. 장기요양등급진단비(1~5등급(인지지원등급포함)) 특별약관	106
9-2. 장기요양등급진단비(1~5등급(인지지원등급포함))(경증간편가입) 특별약관	106
10. 장기요양급여금(1~5등급(인지지원등급포함), 재가급여)(월1회한) 특별약관	110
10-1. 장기요양급여금(1~5등급(인지지원등급포함), 재가급여)(월1회한) 특별약관	110
10-2. 장기요양급여금(1~5등급(인지지원등급포함), 재가급여)(월1회한) (경증간편가입) 특별약관	110
11. 장기요양급여금(1~5등급(인지지원등급포함), 주야간보호)(월1회한) 특별약관 ..	115
11-1. 장기요양급여금(1~5등급(인지지원등급포함), 주야간보호)(월1회한) 특별약관	115
11-2. 장기요양급여금(1~5등급(인지지원등급포함), 주야간보호)(월1회한) (경증간편가입) 특별약관	115
12. 장기요양급여금(인지지원등급, 주·야간보호)(월1회한) 특별약관	120
12-1. 장기요양급여금(인지지원등급, 주·야간보호)(월1회한) 특별약관	120
12-2. 장기요양급여금(인지지원등급, 주·야간보호)(월1회한)(경증간편가입) 특별약관	120
13. 장기요양급여금(1~5등급(인지지원등급포함), 복지용구)(월1회한) 특별약관	125
13-1. 장기요양급여금(1~5등급(인지지원등급포함), 복지용구)(월1회한) 특별약관	125
13-2. 장기요양급여금(1~5등급(인지지원등급포함), 복지용구)(월1회한) (경증간편가입) 특별약관	125
14. 장기요양급여금(1~5등급, 방문요양)(월1회한) 특별약관	129
14-1. 장기요양급여금(1~5등급, 방문요양)(월1회한) 특별약관	129
14-2. 장기요양급여금(1~5등급, 방문요양)(월1회한)(경증간편가입) 특별약관 ·	129
15. 장기요양등급판정자(1~5등급) 요양병원입원비(1일-90일) 특별약관	133
15-1. 장기요양등급판정자(1~5등급) 요양병원입원비(1일-90일) 특별약관	133
15-2. 장기요양등급판정자(1~5등급) 요양병원입원비(1일-90일)(경증간편가입) 특별약관	133
제2장. 치매관련 특별약관	138
1. 경도치매진단비(CDR1점이상) 특별약관	138
1-1. 경도치매진단비(CDR1점이상) 특별약관	138
1-2. 경도치매진단비(CDR1점이상)(간편가입) 특별약관	138
2. 중등도치매진단비(CDR2점이상) 특별약관	141
2-1. 중등도치매진단비(CDR2점이상) 특별약관	141

2-2. 중등도치매진단비(CDR2점이상)(간편가입) 특별약관	141
3. 중증치매진단비(CDR3점이상) 특별약관	144
3-1. 중증치매진단비(CDR3점이상) 특별약관	144
3-2. 중증치매진단비(CDR3점이상)(간편가입) 특별약관	144
4. 중등도치매진단비(CDR2점이상)(체증형) 특별약관	146
4-1. 중등도치매진단비(CDR2점이상)(체증형) 특별약관	146
4-2. 중등도치매진단비(CDR2점이상)(체증형)(간편가입) 특별약관	146
5. 중증치매진단비(CDR3점이상)(체증형) 특별약관	150
5-1. 중증치매진단비(CDR3점이상)(체증형) 특별약관	150
5-2. 중증치매진단비(CDR3점이상)(체증형)(간편가입) 특별약관	150
6. 경증알츠하이머치매진단비 특별약관	152
6-1. 경증알츠하이머치매진단비 특별약관	152
6-2. 경증알츠하이머치매진단비(간편가입) 특별약관	152
7. 중증알츠하이머치매진단비 특별약관	155
7-1. 중증알츠하이머치매진단비 특별약관	155
7-2. 중증알츠하이머치매진단비(간편가입) 특별약관	155
8. 경증혈관성치매진단비 특별약관	158
8-1. 경증혈관성치매진단비 특별약관	158
8-2. 경증혈관성치매진단비(간편가입) 특별약관	158
9. 중증혈관성치매진단비 특별약관	161
9-1. 중증혈관성치매진단비 특별약관	161
9-2. 중증혈관성치매진단비(간편가입) 특별약관	161
10. 중증치매Ⅰ 산정특례대상보장 특별약관	163
10-1. 중증치매Ⅰ 산정특례대상보장 특별약관	163
10-2. 중증치매Ⅰ 산정특례대상보장(간편가입) 특별약관	163
11. 중증치매Ⅱ 산정특례대상보장 특별약관	169
11-1. 중증치매Ⅱ 산정특례대상보장 특별약관	169
11-2. 중증치매Ⅱ 산정특례대상보장(간편가입) 특별약관	169
12. 치매입원비(1일-90일) 특별약관	174
13. 보험료납입지원보장(경도치매진단(CDR1점이상)) 특별약관	177
13-1. 보험료납입지원보장(경도치매진단(CDR1점이상)) 특별약관	177
13-2. 보험료납입지원보장(경도치매진단(CDR1점이상))(간편가입) 특별약관	177
14. 경도치매정기검진비(CDR1점이상)(10년)(6개월지급형) 특별약관	181
14-1. 경도치매정기검진비(CDR1점이상)(10년)(6개월지급형) 특별약관	181
14-2. 경도치매정기검진비(CDR1점이상)(10년)(6개월지급형)(간편가입) 특별약관	181
15. 표적치매약물허가치료비(최경증치매·경증알츠하이머치매)(갱신형_5년) 특별약관	184

15-1. 표적치매약물허가치료비(최경증치매·경증알츠하이머치매)(갱신형_5년) 특별약관	184
15-2. 표적치매약물허가치료비(최경증치매·경증알츠하이머치매)(간편가입) (갱신형_5년) 특별약관	184
16. 특정치매치료비(급여_연간1회한) 특별약관	189
16-1. 특정치매치료비(급여_연간1회한) 특별약관	189
16-2. 특정치매치료비(급여_연간1회한)(간편가입) 특별약관	189
17. 치매직접치료 통원비(연간12회한) 특별약관	193
17-1. 치매직접치료 통원비(연간12회한) 특별약관	193
17-2. 치매직접치료 통원비(연간12회한)(간편가입) 특별약관	193
18. 치매직접치료 종합병원 통원비(연간12회한) 특별약관	196
18-1. 치매직접치료 종합병원 통원비(연간12회한) 특별약관	196
18-2. 치매직접치료 종합병원 통원비(연간12회한)(간편가입) 특별약관	196
19. 치매직접치료 상급종합병원 통원비(연간12회한) 특별약관	200
19-1. 치매직접치료 상급종합병원 통원비(연간12회한) 특별약관	200
19-2. 치매직접치료 상급종합병원 통원비(연간12회한)(간편가입) 특별약관	200
20. 치매 MRI/PET/CT 촬영비(급여_연간1회한) 특별약관	204
20-1. 치매 MRI/PET/CT 촬영비(급여_연간1회한) 특별약관	204
20-2. 치매 MRI/PET/CT 촬영비(급여_연간1회한)(간편가입) 특별약관	204
21. 치매 장기요양급여금(1~2등급, 재가급여)(월1회한) 특별약관	207
21-1. 치매 장기요양급여금(1~2등급, 재가급여)(월1회한) 특별약관	207
21-2. 치매 장기요양급여금(1~2등급, 재가급여)(월1회한)(간편가입) 특별약관	207
22. 치매 장기요양급여금(1~2등급, 시설급여)(월1회한) 특별약관	211
22-1. 치매 장기요양급여금(1~2등급, 시설급여)(월1회한) 특별약관	211
22-2. 치매 장기요양급여금(1~2등급, 시설급여)(월1회한)(간편가입) 특별약관	211
23. 치매 장기요양급여금(1~5등급, 재가급여)(월1회한) 특별약관	216
23-1. 치매 장기요양급여금(1~5등급, 재가급여)(월1회한) 특별약관	216
23-2. 치매 장기요양급여금(1~5등급, 재가급여)(월1회한)(간편가입) 특별약관	216
24. 치매 장기요양급여금(1~5등급, 시설급여)(월1회한) 특별약관	221
24-1. 치매 장기요양급여금(1~5등급, 시설급여)(월1회한) 특별약관	221
24-2. 치매 장기요양급여금(1~5등급, 시설급여)(월1회한)(간편가입) 특별약관	221
25. 혈관성치매 치료비(급여,연간1회한) 특별약관	226
25-1. 혈관성치매 치료비(급여,연간1회한) 특별약관	226
25-2. 혈관성치매 치료비(급여,연간1회한)(간편가입) 특별약관	226
26. 표적치매약물허가치료비(최경증치매·경증알츠하이머치매)(치료당,36회한) (갱신형_5년) 특별약관	230
26-1. 표적치매약물허가치료비(최경증치매·경증알츠하이머치매) (치료당,36회한)(갱신형_5년) 특별약관	230

26-2. 표적치매약물허가치료비(최경증치매·경증알츠하이머치매) (치료당,36회한)(간편가입)(갱신형_5년) 특별약관	230

제3장. 손해관련 특별약관	237
1. 일반상해사망 특별약관	237
1-1. 일반상해사망 특별약관	237
1-2. 일반상해사망(경증간편가입) 특별약관	237
2. 일반상해후유장해(80%이상) 특별약관	239
2-1. 일반상해후유장해(80%이상) 특별약관	239
2-2. 일반상해후유장해(80%이상)(경증간편가입) 특별약관	239
3. 간병인사용 일반상해입원비(요양병원제외)(1일-150일) 특별약관	241
3-1. 간병인사용 일반상해입원비(요양병원제외)(1일-150일) 특별약관	241
3-2. 간병인사용 일반상해입원비(요양병원제외)(1일-150일)(경증간편가입) 특별약관	241
4. 간병인사용 일반상해입원비(요양병원)(1일-150일) 특별약관	247
4-1. 간병인사용 일반상해입원비(요양병원)(1일-150일) 특별약관	247
4-2. 간병인사용 일반상해입원비(요양병원)(1일-150일)(경증간편가입) 특별약관	247
5. 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(1일-150일) 특별약관	251
5-1. 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(1일-150일) 특별약관	251
5-2. 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(1일-150일)(경증간편가입) 특별약관	251
6. 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(1일-60일) 특별약관	255
6-1. 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(1일-60일) 특별약관	255
6-2. 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(1일-60일)(경증간편가입) 특별약관	255
7. 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(종합병원)(1일-60일) 특별약관	259
7-1. 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(종합병원)(1일-60일) 특별약관	259
7-2. 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(종합병원)(1일-60일) (경증간편가입) 특별약관	259
8. 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(상급종합병원)(1일-60일) 특별약관 ...	265
8-1. 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(상급종합병원)(1일-60일) 특별약관	265
8-2. 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(상급종합병원)(1일-60일) (경증간편가입) 특별약관	265
9. 간병인사용 일반상해입원비(요양,정신,한방병원제외)(151일이상) 특별약관	270
9-1. 간병인사용 일반상해입원비(요양,정신,한방병원제외)(151일이상) 특별약관	270
9-2. 간병인사용 일반상해입원비(요양,정신,한방병원제외)(151일이상) (경증간편가입) 특별약관	270

10. 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(요양,정신,한방병원제외)(151일이상) 특별약관	275
10-1. 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(요양,정신,한방병원제외) (151일이상) 특별약관	275
10-2. 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(요양,정신,한방병원제외) (151일이상)(경증간편가입) 특별약관	275
11. 간병인사용 일반상해입원지원비(요양병원제외)(간병인비용연간200만원이상) 특별약관	280
11-1. 간병인사용 일반상해입원지원비(요양병원제외) (간병인비용연간200만원이상) 특별약관	280
11-2. 간병인사용 일반상해입원지원비(요양병원제외) (간병인비용연간200만원이상)(경증간편가입) 특별약관	280
12. 간병인사용 일반상해입원지원비(요양병원)(간병인비용연간200만원이상) 특별약관	286
12-1. 간병인사용 일반상해입원지원비(요양병원)(간병인비용연간200만원이상) 특별약관	286
12-2. 간병인사용 일반상해입원지원비(요양병원)(간병인비용연간200만원이상) (경증간편가입) 특별약관	286
제4장. 질병관련 특별약관	293
1. 질병사망 특별약관	293
1-1. 질병사망 특별약관	293
1-2. 질병사망(경증간편가입) 특별약관	293
2. 질병후유장해(80%이상) 특별약관	294
2-1. 질병후유장해(80%이상) 특별약관	294
2-2. 질병후유장해(80%이상)(경증간편가입) 특별약관	294
3. 암진단비(유사암제외) 특별약관	296
3-1. 암진단비(유사암제외) 특별약관	296
3-2. 암진단비(유사암제외)(경증간편가입) 특별약관	296
4. 유사암진단비 특별약관	299
4-1. 유사암진단비 특별약관	299
4-2. 유사암진단비(경증간편가입) 특별약관	299
5. 뇌졸중진단비 특별약관	301
5-1. 뇌졸중진단비 특별약관	301
5-2. 뇌졸중진단비(경증간편가입) 특별약관	301
6. 급성심근경색증진단비 특별약관	304
6-1. 급성심근경색증진단비 특별약관	304
6-2. 급성심근경색증진단비(경증간편가입) 특별약관	304
7. 파킨슨병진단비 특별약관	305

7-1. 파킨슨병진단비 특별약관	305
7-2. 파킨슨병진단비(간편가입) 특별약관	305
8-1. 간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양병원제외)(1일-150일) 특별약관	307
8-1-1. 간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양병원제외)(1일-150일) 특별약관	307
8-2. 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-150일)(경증간편가입) 특별약관 ..	313
8-2-1. 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-150일)(경증간편가입) 특별약관	313
9-1. 간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양병원)(1일-150일) 특별약관	319
9-1-1. 간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양병원)(1일-150일) 특별약관	319
9-2. 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-150일)(경증간편가입) 특별약관	324
9-2-1. 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-150일)(경증간편가입) 특별약관	324
10-1. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비Ⅱ(1일-150일) 특별약관	329
10-1-1. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비Ⅱ(1일-150일) 특별약관	329
10-2. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-150일)(경증간편가입) 특별약관 ..	334
10-2-1. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-150일)(경증간편가입) 특별약관	334
11. 암직접치료통원비(연간30회한) 특별약관	338
11-1. 암직접치료통원비(연간30회한) 특별약관	338
11-2. 암직접치료통원비(연간30회한)(경증간편가입) 특별약관	338
12. 암직접치료 종합병원통원비(연간30회한) 특별약관	343
12-1. 암직접치료 종합병원통원비(연간30회한) 특별약관	343
12-2. 암직접치료 종합병원통원비(연간30회한)(경증간편가입) 특별약관	343
13. 암직접치료 상급종합병원통원비(연간30회한) 특별약관	348
13-1. 암직접치료 상급종합병원통원비(연간30회한) 특별약관	348
13-2. 암직접치료 상급종합병원통원비(연간30회한)(경증간편가입) 특별약관 ..	348
14. 뇌졸중 통원비(연간30회한) 특별약관	353
14-1. 뇌졸중 통원비(연간30회한) 특별약관	353
14-2. 뇌졸중 통원비(연간30회한)(경증간편가입) 특별약관	353
15. 뇌졸중 종합병원통원비(연간30회한) 특별약관	356
15-1. 뇌졸중 종합병원통원비(연간30회한) 특별약관	356
15-2. 뇌졸중 종합병원통원비(연간30회한)(경증간편가입) 특별약관	356
16. 뇌졸중 상급종합병원통원비(연간30회한) 특별약관	359
16-1. 뇌졸중 상급종합병원통원비(연간30회한) 특별약관	359
16-2. 뇌졸중 상급종합병원통원비(연간30회한)(경증간편가입) 특별약관	359
17. 급성심근경색증 통원비(연간30회한) 특별약관	362
17-1. 급성심근경색증 통원비(연간30회한) 특별약관	362
17-2. 급성심근경색증 통원비(연간30회한)(경증간편가입) 특별약관	362
18. 급성심근경색증 종합병원통원비(연간30회한) 특별약관	364
18-1. 급성심근경색증 종합병원통원비(연간30회한) 특별약관	364

18-2. 급성심근경색증 종합병원통원비(연간30회한)(경증간편가입) 특별약관 ..	364
19. 급성심근경색증 상급종합병원통원비(연간30회한) 특별약관	367
19-1. 급성심근경색증 상급종합병원통원비(연간30회한) 특별약관	367
19-2. 급성심근경색증 상급종합병원통원비(연간30회한)(경증간편가입) 특별약관	367
20-1. 희귀질환자 산정특례대상보장 특별약관	369
20-2. 희귀질환자 산정특례대상보장(경증간편가입) 특별약관	373
21-1. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비Ⅱ(1일-60일) 특별약관	378
21-1-1. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비Ⅱ(1일-60일) 특별약관	378
21-2. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-60일)(경증간편가입) 특별약관	382
21-2-1. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-60일)(경증간편가입) 특별약관	382
22-1. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비Ⅱ(종합병원)(1일-60일) 특별약관	387
22-1-1. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비Ⅱ(종합병원)(1일-60일) 특별약관	387
22-2. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(종합병원)(1일-60일)(경증간편가입) 특별약관	392
22-2-1. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(종합병원)(1일-60일) (경증간편가입) 특별약관	392
23-1. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비Ⅱ(상급종합병원)(1일-60일) 특별약관 ·	398
23-1-1. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비Ⅱ(상급종합병원)(1일-60일) 특별약관	398
23-2. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(상급종합병원)(1일-60일)(경증간편가입) 특별약관	404
23-2-1. 간호·간병통합서비스사용질병입원비(상급종합병원)(1일-60일) (경증간편가입) 특별약관	404
24-1. 간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양,정신,한방병원제외)(151일이상) 특별약관	410
24-1-1. 간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양,정신,한방병원제외)(151일이상) 특별약관	410
24-2. 간병인사용 질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(151일이상)(경증간편가입) 특별약관	415
24-2-1. 간병인사용 질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(151일이상) (경증간편가입) 특별약관	415
25-1. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비Ⅱ(요양,정신,한방병원제외)(151일이상) 특별약관	421
25-1-1. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비Ⅱ(요양,정신,한방병원제외) (151일이상) 특별약관	421
25-2. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(151일이상) (경증간편가입) 특별약관	426

25-2-1. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(요양,정신,한방병원제외) (151일이상)(경증간편가입) 특별약관	426
26-1. 간병인사용 질병입원지원비Ⅱ(요양병원제외)(간병인비용연간200만원이상) 특별약관	430
26-1-1. 간병인사용 질병입원지원비Ⅱ(요양병원제외) (간병인비용연간200만원이상) 특별약관	430
26-2. 간병인사용 질병입원지원비(요양병원제외)(간병인비용연간200만원이상) (경증간편가입) 특별약관	437
26-2-1. 간병인사용 질병입원지원비(요양병원제외) (간병인비용연간200만원이상)(경증간편가입) 특별약관	437
27-1. 간병인사용 질병입원지원비Ⅱ(요양병원)(간병인비용연간200만원이상) 특별약관	444
27-1-1. 간병인사용 질병입원지원비Ⅱ(요양병원)(간병인비용연간200만원이상) 특별약관	444
27-2. 간병인사용 질병입원지원비(요양병원)(간병인비용연간200만원이상) (경증간편가입) 특별약관	452
27-2-1. 간병인사용 질병입원지원비(요양병원)(간병인비용연간200만원이상) (경증간편가입) 특별약관	452

제5장. 상해 및 질병관련 특별약관 459

1. 보험료납입면제대상보장(장기요양등급진단(1~5등급) 및 상해·질병후유장해 (80%이상)) 특별약관	459
1-1. 보험료납입면제대상보장(장기요양등급진단(1~5등급) 및 상해·질병후유장해(80%이상)) 특별약관	459
1-2. 보험료납입면제대상보장(장기요양등급진단(1~5등급) 및 상해·질병후유장해(80%이상))(경증간편가입) 특별약관	459
2. 85세만기확정대상보장(장기요양등급진단(1~5등급) 및 상해·질병후유장해(80%이상)) 특별약관	461
2-1. 85세만기확정대상보장(장기요양등급진단(1~5등급) 및 상해·질병후유장해(80%이상)) 특별약관	461
2-2. 85세만기확정대상보장(장기요양등급진단(1~5등급) 및 상해·질병후유장해(80%이상))(경증간편가입) 특별약관	461
3. 중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상보장(연간1회한) 특별약관	464
3-1. 중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상보장(연간1회한) 특별약관	464
3-2. 중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상보장(연간1회한)(경증간편가입) 특별약관	464
4. 중증질환자(심장) 산정특례대상보장(연간1회한) 특별약관	468
4-1. 중증질환자(심장) 산정특례대상보장(연간1회한) 특별약관	468
4-2. 중증질환자(심장) 산정특례대상보장(연간1회한)(경증간편가입) 특별약관	468
5-1. 중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상보장 특별약관	472

5-2. 중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상보장(경증간편가입) 특별약관	476
6. 가정간호치료비(급여_연간20회한) 특별약관	480
7. 상급종합병원 가정간호치료비(급여_연간20회한) 특별약관	483

제6장. 제도성 특별약관	487
1. 선지급서비스 특별약관	487
2. 보험료 자동납입 특별약관	489
3. 이륜자동차 운전중(탑승포함)상해 부담보 특별약관	490
4. 특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관	491
5. 장애인전용보험 전환 특별약관	494
6. 전자서명 특별약관	497
7. 갱신행 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관	498
8. 보장보험료 납입면제 특별약관	500

별 표

【별표1】 장해 분류표	504
【별표2】 기타관계법령	530
【별표3】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	551
【별표4-1】 악성신생물(암) 분류표	553
【별표4-2】 제자리신생물 분류표	554
【별표4-3】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표	555
【별표5】 뇌혈관질환 분류표	556
【별표6】 허혈성심질환 분류표	557
【별표7】 뇌졸중 분류표	558
【별표8】 급성심근경색증 분류표	559
【별표9】 파킨슨병 분류표	560
【별표10】 알츠하이머치매 분류표	561
【별표11】 혈관성치매 분류표	562
【별표12】 치매 분류표	563
【별표13-1】 중증치매 I 분류표	564
【별표13-2】 중증치매 I 산정특례대상 분류표	565
【별표14-1】 중증치매 II 분류표	566
【별표14-2】 중증치매 II 산정특례대상 분류표	567
【별표15】 중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상 분류표	568
【별표15-1】 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병	569
【별표15-2】 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술	570
【별표16】 중증질환자(심장) 산정특례대상 분류표	571

【별표16-1】 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 상병	572
【별표16-2】 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술	573
【별표16-3】 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 약제성분	576
【별표17】 희귀질환자 산정특례대상 분류표	577
【별표18】 중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상 분류표	600
【별표19】 가정간호치료(급여) 분류표	608
【별표20】 상급종합병원 가정간호치료(급여) 분류표	609
【별표21】 특정신체부위 분류표	610
【별표22】 특정질병 분류표	612
【별표23】 MRI/PET/CT 검사(급여) 분류표	614
【별표24】 혈관성치매 분류표	615

특별약관 색인

보 통 약 관

※ 보통약관은 계약자가 이 보험을 가입시 기본적으로 가입을 하여야 하는 약관을 말합니다.

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 신체손해 및 배상책임손해에 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

용 어	정 의
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
보험수익자	회사에 보험금(신체손해 보장 및 비용손해보장의 지급사유가 발생하는 때에 한합니다) 및 만기환급금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
피보험자	보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

용 어	정 의
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.
장해	장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.

신체	의수, 의족, 의안, 의치등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치등 신체에 이식되어 그 기능을 대신한 경우는 포함합니다.
중요한 사항	계약 전 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.
보험 가입금액	보험사고 발생시 보험회사가 지급하여야 할 보험금의 기준이 되는 금액으로 보험증권에 기재된 금액을 말합니다.
한국표준질병·사인분류	한국인의 질병 및 사인에 대하여 의무기록자료 및 사망원인통계조사(질병이환 및 사망자료)등의 표준 통계를 세계보건기구(WHO)의 국제질병분류 ICD를 기초로 그 성질의 유사성에 따라 체계적으로 유형화한 것을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

용 어	정 의
연단위복리	회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다. 예시) 연단위 복리 계산법 * 연이율 10%로 100원을 3년동안 부리시 → [가입시] 100원(원금) → [1년후] 100원(원금) + 100원 × 10%(1년이자) = 총110원 → [2년후] 100원(원금) + 100원 × 10%(1년이자) + [100원(원금) + 100원 × 10%] × 10% = 총121원
평균 공시이율	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.
해약환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

용 어	정 의
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, ‘관공서의 공휴일에 관한 규정’에 공휴일, 대체공휴일 및 근로자의 날을 제외합니다. ※ 이와 연관된 법규는 【별표2】 기타관계법령을 참조하시기 바랍니다.

5. 보험료 관련 용어

용 어	정 의
보험료	계약자가 계약에 의거하여 회사에 지급하여야 하는 금액을 말하며 보장보험료와 적립보험료로 구성됩니다.
보장보험료	손해를 보장하는데 필요한 보험료(보장부분에 해당하는 회사의 사업경비를 포함합니다)를 말합니다.
적립보험료	회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료(적립부분에 해당하는 회사의 사업경비를 포함합니다)를 말합니다.
적립부분보 험료	적립보험료에서 적립부분에 해당하는 회사의 사업경비를 공제한 보험료를 말합니다.

6. 기타 관련 용어

용 어	정 의
연장기준나이	계약자 또는 피보험자가 계약 체결시 설정한 만기 연장의 기준이 되는 나이입니다. (단, 1종3형 및 2종3형에 한함)

7. ‘갱신형’계약의 갱신관련 용어

용 어	정 의
최초계약	‘갱신형’계약이 최초로 부가되는 경우를 말합니다.
갱신계약	‘갱신형’계약의 보험기간이 끝난 후 해당 계약이 갱신 된 경우를 말합니다.
갱신일	‘갱신형’계약이 갱신되기 직전 계약의 보험기간이 끝난 날의 다음날을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

회사는 보험증권에 기재된 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 장기요양등급진단비(1~2등급) : 보험기간 중에 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 「1등급 내지 2등급의 장기요양등급」 판정시 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
장기요양등급진단비(1~2등급)	이 보장의 보험가입금액

제4조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 제3조(보험금의 지급사유) 제1호의 ‘장기요양등급’의 판정기준(이하 ‘장기요양등급 판정 기준’이라 합니다)이 「노인장기요양보험법」 및 관련 법령(이하 ‘법령’이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장기요양등급을 판정하는 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 “장기요양등급”과 관련된 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
 1. 관련 법령의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유 판정기준이 변경되는 경우
 2. 관련 법령의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유의 판정이 불가능한 경우
 3. 관련 법령의 개정 또는 폐지 등에 따라 계약유지 필요가 없어지는 경우
 4. 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우

예 시

장기요양등급 판정기준이 현행 1~5등급에서 신체장애등급과 정신장애등급으로 변경되는 경우 등

- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 보험가입금액 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 계약자적립액을 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과 보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

계약자적립액

장래의 보험금 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

제5조(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.

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어 집니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 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. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 제1항 이외에도 회사는 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ③ 회사는 피보험자가 노인장기요양보험법에 의해 장기요양급여의 제한을 받은 경우에는 장기요양등급진단비를 지급하지 않습니다.

노인장기요양보험법 제29조(장기요양급여의 제한)

- ① 공단은 장기요양급여를 받고 있는 자가 정당한 사유 없이 제15조제4항에 따른 조사나 제60조 또는 제61조에 따른 요구에 응하지 아니하거나 답변을 거절한 경우 장기요양급여의 전부 또는 일부를 제공하지 아니하게 할 수 있다.
- ② 공단은 장기요양급여를 받고 있거나 받을 수 있는 자가 장기요양기관이 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 장기요양급여비용을 받는 데에 가담한 경우 장기요양급여를 중단하거나 1년의 범위에서 장기요양급여의 횟수 또는 제공 기간을 제한할 수 있다.
- ③ 제2항에 따른 장기요양급여의 중단 및 제한 기준과 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제7조(보험금 지급사유의 통지)

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

제8조(보험금 등의 청구)

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

제9조(보험금 등의 지급절차)

- ① 회사는 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대 전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 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 제8조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 1. 소송제기
 2. 분쟁조정 신청(다만, 대상기관은 금융분쟁조정위원회 또는 소비자 분쟁조정위원회)
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

보험금 가지급제도

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 급부금입니다.

- ③ 제2항에 의하여 보험금 지급사유의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 보험금 지급사유에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.
- ④ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 「보험금을 지급할 때의 적립이율 계산」(【별표3】참조)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 제19조(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 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합

니다.

정당한 사유

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

제10조(중도인출)

<1종2형(일반심사형)(해약환급금지급형) 및 2종2형(경증간편가입형)(해약환급금지급형)>

- ① 회사는 보험계약일부터 2년 이상 경과된 유효한 계약에 대하여 계약자의 신청이 있는 경우 매보험년도마다 4회를 한도로 중도인출금을 지급합니다.

보험년도

보험계약일부터 매1년 단위의 연도(당해연도 보험계약 해당일부터 다음년도 보험계약 해당일 전일까지의 기간)를 말합니다. 예를 들어, 보험계약일이 2025년 8월 15일인 경우 보험년도는 2025년 8월 15일부터 2026년 8월 14일까지 1년입니다.

- ② 제1항의 중도인출금은 기본계약 해약환급금과 기본계약 적립부분 해약환급금 중 적은 금액의 80%의 범위 내에서 신청할 수 있습니다. 다만, 이 계약에 의한 대출금이 있을 때에는 그 대출원금과 이자의 합계액을 공제한 후의 잔액을 기준으로 합니다.

중도인출금의 한도 예시

중도인출 시점에 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 의해 산출된 기본계약 해약환급금과 기본계약 적립부분 해약환급금 중 적은 금액이 100만원인 경우

⇒ 총 중도인출 가능액 = 100만원 × 80% = 80만원

⇒ 이미 신청한 대출금이 있는 경우(원리금 합계를 30만원으로 가정)

중도인출 가능액 = 80만원(총 중도인출 가능액) - 30만원 = 50만원

- ③ 계약자가 제1항의 중도인출금 신청에 따라 중도인출금을 지급받은 경우 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 기본계약 적립부분 계약자적립액에서 해당 중도인출금액을 차감합니다.

보험료 및 해약환급금 산출방법서

이 보험의 보험료, 계약자적립액, 해약환급금 등의 산출에 대하여 수식으로 기재해 놓은 서류를 말합니다.

- ④ 중도인출시 기본계약 적립부분 계약자적립액에서 인출금액 및 인출금액에 적립되었을 이자만큼 차감되므로 만기환급금 또는 해약환급금이 감소합니다.

계약자적립액

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

<1종1형(일반심사형)(납입후 표준형환급률 동일지급형), 1종3형(일반심사형)(만기연장형), 2종1형(경증간편가입형)(납입후 표준형환급률 동일지급형) 및 2종3형(경증간편가입형)(장기요양등급진단(1~5등급) 및 상해·질병후유장해(80%이상) 무사고 만기 연장형)>

이 계약은 순수보장성형 상품으로 계약자는 중도인출금을 신청할 수 없습니다.

제11조(공시이율의 적용 및 공시)

<1종2형(일반심사형)(해약환급금지급형) 및 2종2형(경증간편가입형)(해약환급금지급형)>

- ① 이 상품에서 적립부분 계약자적립액 계산시 적용되는 이율은 매월1일 회사가 정한 공시 이율(보장)로 합니다.

공시이율

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

이 보험의 공시이율은 매월 회사의 인터넷홈페이지 (www.heungkukfire.co.kr)의 “공시실” 내 “상품공시/적용이율”에 공시합니다.

- ② 제1항의 공시이율(보장)은 이 보험의 사업방법서에서 정하는 바에 따라 운용자산이익률과 외부지표금리를 가중평균하여 산출된 공시기준이율에서 향후 예상수익 등을 고려한 조정률을 가감하여 결정합니다.

사업방법서

이 보험의 사업방법서는 회사의 인터넷홈페이지(www.heungkukfire.co.kr)의 “공시실” 내 “상품공시”에서 공시합니다.

운용자산이익률

직전 1년간의 운용자산에 대한 투자영업수익과 투자영업비용 등을 고려하여 산출합니다.

외부지표금리

국고채 수익률, 회사채 수익률, 통화안정증권 수익률, 양도성예금증서 유통수익률을 고려하여 산출합니다.

- ③ 보험기간 중에 제1항의 공시이율(보장)이 변경되는 경우에는 변경된 시점이후부터 변경된 이율을 적용하며, 최저보증이율은 0.3%로 합니다.

최저보증이율

공시이율(보장)이 하락하더라도 회사에서 보증하는 최저한도의 적용이율입니다. 예를 들어, 최저보증이율이 0.3%인 경우 공시이율(보장)이 0.25%로 낮아지더라도 계약자적립액은 공시이율(보장)(0.25%)이 아닌 최저보증이율(0.3%)로 적용됩니다. 따라서 계약자는 공시이율(보장)이 아무리 낮아지더라도 최저보증이율로 적용한 계약자적립액은 보장받을 수 있습니다.

- ④ 회사는 제1항에서 정한 공시이율(보장)을 매월 회사의 인터넷홈페이지 등을 통해 공시합니다.

<1종1형(일반심사형)(납입후 표준형환급률 동일지급형), 1종3형(일반심사형)(장기요양등급진단(1~5등급) 및 상해·질병후유장해(80%이상) 무사고 만기연장형), 2종1형(경증간편가입형)(납입후 표준형환급률 동일지급형) 및 2종3형(경증간편가입형)(장기요양등급진단(1~5등급) 및 상해·질병후유장해(80%이상) 무사고 만기연장형)> 이 계약은 순수보장성형 상품으로 공시이율(보장)을 적용하지 않습니다.

제12조(만기환급금의 지급)

<1종2형(일반심사형)(해약환급금지급형) 및 2종2형(경증간편가입형)(해약환급금지급형)>

- ① 회사는 계약자가 보험료를 완납하고 보험기간이 끝난 때에 만기환급금을 보험수익자에게 지급합니다. 이때 만기환급금은 적립부분 순보험료(적립보험료에서 적립부분 사업비를 공제한 보험료를 말합니다. 이하 같습니다)에 대하여 보험료 납입일(회사에 입금된 날을 말합니다)부터 이 계약의 공시이율(보장)로 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산합니다.

공시이율

전통적인 보험상품에 적용되는 이율이 장기·고정금리이기 때문에 시중금리가 급격하게 변동할 경우 이에 대응하지 못하는 점을 고려하여 시중의 지표금리 등에 연동하여 일정 기간 마다 변동되는 이율을 말합니다.

이 보험의 공시이율은 매월 회사의 인터넷홈페이지 (www.heungkukfire.co.kr)의 “공시실” 내 “상품공시/적용이율”에 공시합니다.

- ② 제1항의 만기환급금은 보험료의 자동대출납입에 따라 납입된 보험료와 이자, 보험계약 대출에 따른 보험계약대출금과 이자, 기 인출된 중도인출금이 있는 경우에는 그 원리금 합계액을 빼고 지급합니다.

보험계약대출

계약자가 자신이 가입한 보험을 담보로 하여 받는 대출을 말합니다.

- ③ 제1항의 공시이율(보장)이 보험기간중에 변경되는 경우에는 변경된 시점 이후부터 제11조(공시이율의 적용 및 공시)에 따라 변경된 이율을 적용하며, 최저보증이율은 연복리

0.3%로 합니다.

- ④ 회사는 계약자 및 보험수익자의 청구에 의하여 제1항에 의한 만기환급금을 지급하는 경우 청구일부터 3영업일 이내에 지급합니다.
- ⑤ 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 「보험금을 지급할 때의 적립이율 계산」 (【별표 3】 참조)에 따릅니다.

<1종1형(일반심사형)(납입후 표준형환급률 동일지급형), 1종3형(일반심사형)(장기요양등급진단(1~5등급) 및 상해·질병후유장해(80%이상) 무사고 만기연장형), 2종1형(경증간편가입형)(납입후 표준형환급률 동일지급형) 및 2종3형(경증간편가입형)(장기요양등급진단(1~5등급) 및 상해·질병후유장해(80%이상) 무사고 만기연장형)>

이 계약은 순수보장성형 상품으로 만기환급금이 없습니다.

제13조(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 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

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.

공시이율

전통적인 보험상품에 적용되는 이율이 장기·고정금리이기 때문에 시중금리가 급격하게 변동할 경우 이에 대응하지 못하는 점을 고려하여 시중의 지표금리 등에 연동하여 일정 기간 마다 변동되는 이율을 말합니다.

이 보험의 공시이율은 매월 회사의 인터넷홈페이지 (www.heungkukfire.co.kr)의 “공시실” 내 “상품공시/적용이율”에 공시합니다.

예시) 연단위 복리로 할인한 금액 계산법

* 3년동안 매년 100원의 금액을 일시에 받고자 할 때(평균공시이율10%)

→ 100원(현재 받을금액)

+ 100원(내년 지급예정 금액) ÷ (1 + 10%)(1년차 할인)

+ 100원(내년 지급예정 금액) ÷ (1 + 10%)(1년차 할인) ÷ (1 + 10%)(2년차 할인)

제14조(주소변경통지)

- ① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체 없이 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.

제15조(보험수익자의 지정)

- ① 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 아래에서 정한 자로 합니다.
 1. 만기환급금의 경우에는 보험계약자
 2. 특별약관에서 사망보험금의 경우에는 피보험자의 법정상속인
 3. 보통약관 및 특별약관에서 사망보험금 이외의 보험금을 보장하는 경우에는 해당 계약의 피보험자
- ② 제1항에 따라 지정된 보험수익자가 보험기간 중에 사망한 때에는 계약자는 다시 보험수익자를 지정할 수 있으며, 이 경우에 계약자가 보험수익자를 지정하지 않고 사망한 때에는 보험수익자의 법정상속인을 보험수익자로 합니다.

법정상속인

피상속인의 사망으로 인해 민법에서 정한 상속의 순위에 따라 상속인이 되는 자를 말합니다.

제16조(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 계약전 알릴의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 연대로 합니다.

연대책임

두사람 이상이 각각 동일한 내용의 책임을 지는 것을 말합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제17조(계약 전 알릴 의무)

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 ‘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.

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 아니한다.

【 제651조의 2(서면에 의한 질문의 효력) 】

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

<사례>

보험계약 청약을 하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약전 알릴사항에 아무런 기재도 하지 않았을 경우에는 보험설계사에게만 고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 회사는 계약전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

의료법 제3조(의료기관)

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·정신병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어 집니다.

제18조(상해보험 계약 후 알릴 의무)

① 상해보험 계약의 경우 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문등의 방법으로 지체없이 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
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, 전동기의 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.)

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 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제25조(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 납입기간과 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 원래대로 지

급합니다.

직업 및 직무를 변경할 때 계약자적립액 정산

피보험자가 직업 또는 직무를 변경하여 피보험자의 위험이 변경된 경우, 변경 이후 기간의 보장을 위해 필요한 재원인 계약자적립액 등의 차이가 발생할 수 있습니다. 이러한 이유로 계약자적립액 정산을 통하여 계약자가 추가로 납입하거나 반환받을 금액이 발생할 수 있습니다.

보험요율

보험가입금액에 대한 보험료 등의 비율을 말하며, 보험료 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용 등)을 기초로 보험업법 제129조(보험요율 산출의 원칙)을 준수하여 산출 됩니다.

- ⑤ 계약자 또는 피보험자가 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.

제19조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 다음 각 호와 같은 사실이 있을 경우에는 손해의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제17조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
 2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제18조(상해보험 계약 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 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
1. 회사가 최초계약(갱신형 특별약관이 있는 경우 갱신형 보장의 최초계약) 체결 당시에 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. 최초계약(갱신형 특별약관이 있는 경우 갱신형 보장의 최초계약)을 체결한 날부터 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 제39조(해약환급금)에서 정한 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 송신되지 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 제18조(상해보험 계약 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 계약전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.
- ⑧ 제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 보며, 부활(효력회복)이 여러차례 발생한 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

제20조(사기에 의한 계약)

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

제4관 보험계약의 성립과 유지

제21조(보험계약의 성립)

- ① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험 가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약의 청약을 받고 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)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 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.

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.

- 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 보장 또는 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.
- ⑥ 제5항의 ‘청약일로부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 이 약관 제33조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑦ 이 약관 제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

용어의 정의

<보험가입금액 제한>

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법을 말합니다.

<일부보장 제외>

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 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 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험 정도에 따라 특별보험료를 추가로 부가하는 방법을 말합니다.

보험료

보험료는 계약자가 계약에 의거하여 회사에게 지급하여야 하는 금액을 말하며, 보험료는 ‘보장보험료’와 ‘적립보험료’로 구성되어 있습니다.

보장보험료는 손해를 보장하는데 필요한 보험료(보장부분에 해당하는 회사의 사업경비를 포함합니다)를 말하며, 적립보험료는 회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료(적립부분에 해당하는 회사의 사업경비를 포함합니다)를 말합니다.

제22조(청약의 철회)

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

일반금융소비자

전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

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 전문금융소비를 말합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(단, 만65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다.)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- ③ 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 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 3영업일 이내에 납

입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약 대출 이율을 연단위 복리로 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.

제23조(약관 교부 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 문자메시지 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, 보험료 납입, 보험기간, 계약전 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

보험업법 시행령 제42조의 2(설명 의무의 중요사항등) 및 보험업감독규정 제4-35조의2(보험계약 중요사항의 설명의무)에 정한 다음의 내용을 말합니다.

- 청약의 철회에 관한 사항
- 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항등 보험금 지급제한 조건
- 고지의무 위반의 효과
- 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
- 해약환급금에 관한 사항
- 분쟁조정절차에 관한 사항
- 만기시 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 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

자필서명

계약자가 성명기입란에 본인의 성명을 기재하고, 날인란에 사인(Signature) 또는 도장을 찍는 것을 말합니다. 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다.

전자서명법 제2조(정의) 제2호

<전자서명법 제2조(정의) 제2호에 따른 전자서명>

“전자서명”이라 함은 서명자를 확인하고 서명자가 당해 전자문서에 서명을 하였음을 나타내는데 이용하기 위하여 당해 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.

- ④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제1항의 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 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

보험계약대출이율

해당 보험상품의 약관에 따라 계약자가 대출을 받을 경우, 회사가 정하는 대출이율이며, 이 보험의 보험계약대출이율이 변경되는 경우, 변경된 시점부터 변경된 이율을 적용합니다.

제24조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(실제 납입한 보험료에 한합니다. 보험료 할인 등 실질적으로 보험료 납입이 없는 경우를 제외한 금액)를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 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 시행령에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우.

2. 만15세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결 할 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.

심신상실자 및 심신박약자

<심신상실자(心神喪失者)>

심신상실자(心神喪失者)라 함은 의식은 있으나 장애의 정도가 심하여 자신의 행위결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 사람을 말합니다. 민법에서는 법원의 선고에 의해 금치산자가 되며, 금치산자의 법률행위는 취소할 수 있습니다.

<심신박약자(心神薄弱者)>

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. 민법에서는 법원의 선고에 의해 한정치산자가 됩니다. 이 경우 한정치산자의 법률행위에는 법정대리인의 동의가 필요하며, 동의를 얻지 않고 행한 법률행위는 취소할 수 있습니다.

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

제25조(계약내용의 변경 등)

- ① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다. 다만, 1종1형(일반심사형)(납입후 표준형환급률 동일지급형), 1종3형(일반심사형)(만기연장형), 2종1형(경증간편가입형)(납입후 표준형환급률 동일지급형) 및 2종3형(경증간편가입형)(장기요양등급진단(1~5등급) 및 상해·질병후유장해(80%이상) 무사고 만기연장형) 경우 보험기간, 보험료 납입기간, 피보험자의 변경, 보험가입금액의 증액 및 보장의 추가는 신청할 수 없습니다.
 1. 보험종목
 2. 보험기간
 3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
 4. 계약자, 피보험자
 5. 보험가입금액, 보상한도액, 보험료 등 기타 계약의 내용
- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

설 명

계약자가 보험수익자 변경사실을 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경전 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 이 경우 회사가 변경전 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 제39조(해약환급금)에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- 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.
- ⑦ 제1항에 따라 계약의 위험이 증가하거나 감소하는 등 계약내용이 변경되는 경우 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약의 변경시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.
- ⑧ 제1항에 따라 보험료 등을 감액 혹은 증액할 경우 최초 안내한 만기환급금 또는 해약환급금보다 적거나 많아질 수 있습니다.

설 명

보험가입금액, 보험료등의 감액시 환급금이 없거나 최초가입시 안내한 만기(해약)환급금보다 적어질 수 있습니다.

제26조(보험나이 등)

- ① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제24조(계약의 무효) 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. (단, 계약해당일이 없는 경우 해당 월의 마지막 날로 합니다.)
- ③ 청약서류에 적힌 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서)에 적힌 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다. 보험금 및 보험료 변경 시 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 변경당시의 해약환급금을 정산합니다.

계약해당일

최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다.

계약일 : 2025년 4월 13일 ⇒ 계약해당일 : 매년 4월 13일

(단, 계약해당일 2월 29일이 없을 경우에는 2월 28일을 계약 해당일로 합니다.)

보험나이 계산 예시

생년월일 : 1994년 10월 2일

예시1)

계약일 : 2025년 4월 13일

2025년 4월 13일

- 1994년 10월 2일

= 30년 6월 11일

= 31세

(6개월이상 끝수는 1년으로 계산)

예시2)

계약일 : 2025년 11월 13일

2025년 11월 13일

- 1994년 10월 2일

= 31년 1월 11일

= 31세

(6개월미만 끝수는 버림)

제27조(보통약관 계약의 소멸)

- ① 회사가 제3조(보험금의 지급사유) 제1호에서 정한 장기요양등급진단비(1~2등급)를 지급한 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 보통약관의 보장책임은 소멸되며, 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산한 계약자적립액을 지급하지 않습니다.
- ② 제3조(보험금의 지급사유)에서 정하지 않은 사유로 피보험자가 사망한 경우에도 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

계약자적립액

장래의 보험금 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

- ③ 제2항의 ‘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.

실종선고

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정

제27조의2(계약의 소멸시 계약자적립액의 청구)

계약의 소멸로 인하여 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제28조(보험기간의 적용)

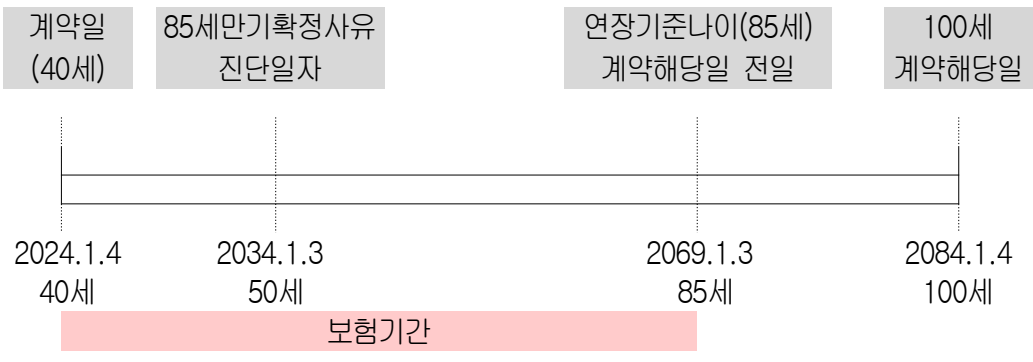
<1종3형(일반심사형)(장기요양등급진단(1~5등급) 및 상해·질병후유장해(80%이상) 무사고 만기연장형) 및 2종3형(경증간편가입형)(장기요양등급진단(1~5등급) 및 상해·질병후유장해(80%이상) 무사고 만기연장형)>

- ① 피보험자에게 연장기준나이 계약해당일 전일 이전에 다음 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유(이하 "85세만기확정사유"라 합니다)가 발생한 경우에는 해당 피보험자의 소멸되지 않은 보장의 보험기간은 연장기준나이(85세) 계약해당일에 종료됩니다.
 1. 상해를 입고 그 상해로 「장해분류표」 (【별표1】 참조)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 후유장해상태가 되었을 경우
 2. 진단확정된 질병으로 「장해분류표」 (【별표1】 참조)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 후유장해상태가 되었을 경우
 3. 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 「1등급 내지 5등급의 장기요양등급」으로 판정되었을 경우
- ② 계약자가 보험료를 정상적으로 납입완료하고, 피보험자에게 연장기준나이 계약해당일 전일 이전에 "85세만기확정사유"가 발생하지 않은 경우, 그 때까지 소멸되지 않은 보장의 보험기간은 100세까지 자동으로 연장됩니다.

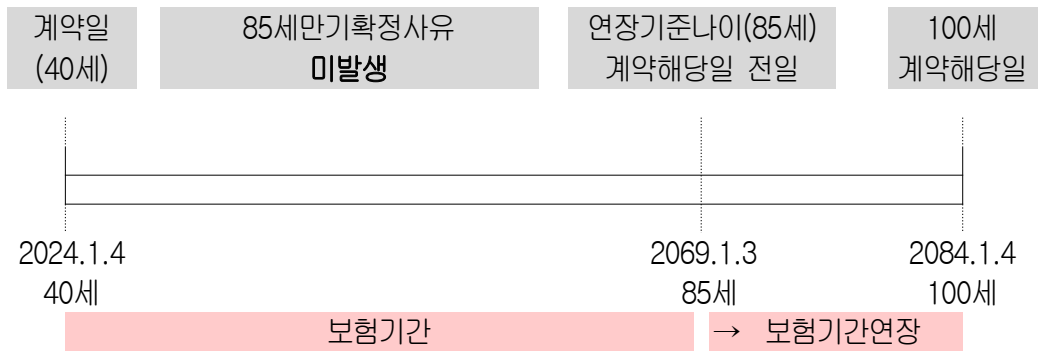
[보험기간의 적용 예시]

· 가입 당시 40세, 연장기준나이 85세인 경우

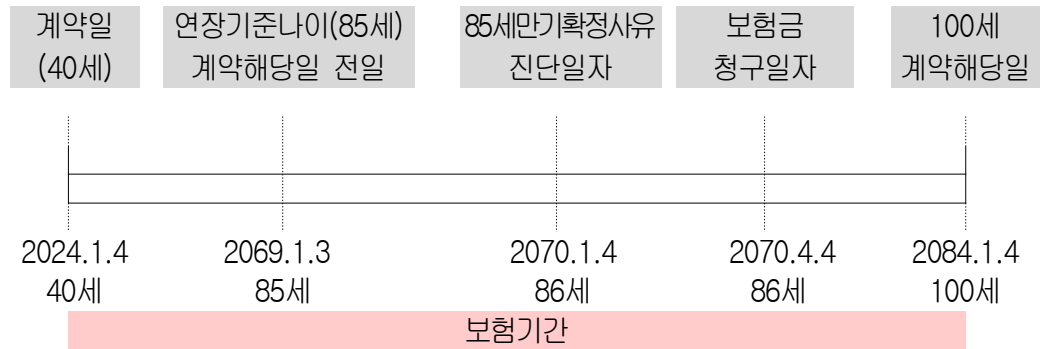
(사례1) 연장기준나이 계약해당일 전일 이전에 85세만기확정사유에 해당하는 진단을 받은 경우 → **연장기준나이 계약해당일에 보험기간 종료**



(사례2) 연장기준나이 계약해당일 전일 이전에 85세만기확정사유에 해당하는 진단을 받지 않은 경우 → 100세까지 만기 연장



(사례3) 연장기준나이 계약해당일 이후(당일 포함) 85세만기확정사유 진단을 받고, 보험금을 청구한 경우 → 100세 계약해당일에 보험기간 종료



- 주) 1. "85세만기확정사유 진단일자"는 아래의 진단일자 중 최초 진단일자로 합니다.
- 상해로 장해지급률이 80%이상에 해당하는 후유장해상태 판정 일자
 - 진단확정된 질병으로 장해지급률이 80%이상에 해당하는 후유장해상태 판정 일자
 - 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 "1등급 내지 5등급"의 장기요양등급을 판정받은 일자
2. "보험금 청구일자"는 아래의 보험금 청구일자 중 최초 청구일자로 합니다.
- 일반상해후유장해(80%이상)의 청구일자
 - 질병후유장해(80%이상)의 청구일자
 - 장기요양등급진단비(1등급)의 청구일자
 - 장기요양등급진단비(1~2등급)의 청구일자
 - 장기요양등급진단비(1~3등급)의 청구일자
 - 장기요양등급진단비(1~4등급)의 청구일자
 - 장기요양등급진단비(1~5등급)의 청구일자
3. 해당 월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

③ 계약자 또는 피보험자는 "85세만기확정사유" 발생시 회사에 알리고 제5장. 상해 및 질병

관련 특별약관의 「2. 85세만기확정대상보장(장기요양등급진단(1~5등급) 및 상해·질병 후유장해(80%이상)) 특별약관」 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금을 청구할 수 있습니다.

- ④ 제3항에도 불구하고 계약자 또는 피보험자가 "85세만기확정사유"를 알리지 않은 경우 회사는 피보험자의 "85세만기확정사유" 발생 여부를 확인할 수 있으며 그 사유가 발생한 때에는 제2항 내지 제3항에 따라 만기를 확정하고 보험금을 지급하여 드립니다.
- ⑤ 제2항 및 제4항에도 불구하고 피보험자에게 연장기준나이 계약해당일 이전에 "85세만기확정사유"가 발생한 경우 회사는 피보험자 나이 85세 계약해당일에 보험기간이 종료된 것으로 봅니다. 이 때, 85세 이후에 발생한 보험사고로 지급된 보험금이 있을 경우에는 회사에 반환하여야 합니다.
- ⑥ 1종3형(일반심사형)(장기요양등급진단(1~5등급) 및 상해·질병후유장해(80%이상) 무사고 만기연장형)의 경우, 회사는 보험료납입면제대상보장(장기요양등급진단(1~5등급) 및 상해·질병후유장해(80%이상)), 85세만기확정대상보장(장기요양등급진단(1~5등급) 및 상해·질병후유장해(80%이상)), 질병사망 특별약관에 대해서는 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용하며 제1항 내지 제5항을 적용하지 않습니다.
- ⑦ 2종3형(경증간편가입형)(장기요양등급진단(1~5등급) 및 상해·질병후유장해(80%이상) 무사고 만기연장형)의 경우, 회사는 보험료납입면제대상보장(장기요양등급진단(1~5등급) 및 상해·질병후유장해(80%이상))(경증간편가입), 85세만기확정대상보장(장기요양등급진단(1~5등급) 및 상해·질병후유장해(80%이상))(경증간편가입), 질병사망(경증간편가입) 특별약관에 대해서는 특별약관의 계약체결시점에 계약자가 선택한 보험기간을 적용하며 제1항 내지 제5항을 적용하지 않습니다.

<1종1형(일반심사형)(납입후 표준형환급률 동일지급형), 1종2형(일반심사형)(해약환급금지급형), 2종1형(경증간편가입형)(납입후 표준형환급률 동일지급형) 및 2종2형(경증간편가입형)(해약환급금지급형)>

이 계약은 제28조(보험기간의 적용)을 적용하지 않습니다.

제29조(보험기간의 적용에 관한 세부규정)

<1종3형(일반심사형)(장기요양등급진단(1~5등급) 및 상해·질병후유장해(80%이상) 무사고 만기연장형) 및 2종3형(경증간편가입형)(장기요양등급진단(1~5등급) 및 상해·질병후유장해(80%이상) 무사고 만기연장형)>

- ① 제28조(보험기간의 적용)에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 「장해분류표」 (【별표1】 참조)에 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 또는 질병의 진단 확정일

부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단 확정일부터 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 지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해 지급률을 적용하지 않습니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제28조(보험기간의 적용)의 85세만기확정사유에 대해 합의하지 못할 경우에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험료 납입면제 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑤ 같은 상해 또는 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 상해 또는 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해 지급률을 적용받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해 지급률에서 이미 적용된 후유장해 지급률을 차감하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 이 계약에서 후유장해 지급률 적용사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해 지급률이 적용되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해 지급률이 적용된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해 지급률에서 이를 차감하여 적용합니다.
- ⑧ 제28조(보험기간의 적용) 제1항 제3호의 ‘장기요양등급’의 판정기준은 제4조(법령 등의 개정)에 따른 계약내용의 변경)을 따릅니다.

<1종1형(일반심사형)(납입후 표준형환급률 동일지급형), 1종2형(일반심사형)(해약환급금지급형), 2종1형(경증간편가입형)(납입후 표준형환급률 동일지급형) 및 2종2형(경증간편가입형)(해약환급금지급형)>

이 계약은 제29조(보험기간의 적용에 관한 세부규정)을 적용하지 않습니다.

제5관 보험료의 납입

제30조(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.
- ② 계약자가 보험료를 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 날로 합니다. 다만, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출 승인이 불가능한 경우에는 제1회 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
- ③ 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.

- ④ 회사는 제3항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
 1. 제17조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 제19조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
 3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단 계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

제31조(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.

제32조(보험료의 자동대출납입)

<1종2형(일반심사형)(해약환급금지급형) 및 2종2형(경증간편가입형)(해약환급금지급형)>

- ① 계약자는 제33조(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 제40조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대

출금으로 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 알려 드립니다.

자동대출납입

보험료를 제때에 내기 곤란한 경우에 가입한 보험 상품의 해약환급금 범위 내에서 납입할 보험료를 자동적으로 대출하여 처리해 주는 서비스입니다.

- ② 제1항의 규정에 의한 대출금과 보험료의 자동대출납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 보험계약대출이율로 계산한 이자를 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 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
- ④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제39조(해약환급금)에서 정한 해약환급금을 지급합니다.
- ⑤ 회사는 보험료의 자동대출납입 기간이 종료되거나 제2항에 따라 자동대출납입을 더 이상 할 수 없는 경우, 이를 최초 도래하는 납입일 15일 이전까지 서면, 전화 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

<1종1형(일반심사형)(납입후 표준형환급률 동일지급형), 1종3형(일반심사형)(장기요양등급진단(1~5등급) 및 상해·질병후유장해(80%이상) 무사고 만기연장형), 2종1형(경증간편가입형)(납입후 표준형환급률 동일지급형) 및 2종3형(경증간편가입형)(장기요양등급진단(1~5등급) 및 상해·질병후유장해(80%이상) 무사고 만기연장형)>

이 계약은 순수보장성형 상품으로 자동대출납입제도를 적용하지 않습니다.

제33조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

- ① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 아래사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 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)

납입최고(독촉)

약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우 회사가 계약자에게 보험료 납입을 재촉하는 일을 말합니다.

- ② 제1항에 따른 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음날까지로 합니다.
- ③ 보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자에게도 제1항에 따른 내용을 알려 드립니다.
- ④ 보험료 납입이 연체중이라도 계약의 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
- ⑤ 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.

전자서명법 제2조(정의) 제2호

<전자서명법 제2조(정의) 제2호에 따른 전자서명>

“전자서명”이라 함은 서명자를 확인하고 서명자가 당해 전자문서에 서명을 하였음을 나타내는데 이용하기 위하여 당해 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.

- ⑥ 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
- ⑦ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제39조(해약환급금)에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 제33조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해

지되었으나 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.

- ② 계약자는 회사가 제1항에 의한 해지계약의 부활(효력회복)을 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료와 평균공시이율 + 1%로 계산한 연체된 보장보험료의 이자를 더하여 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제17조(계약 전 알릴 의무), 제19조(알릴 의무 위반의 효과), 제20조(사기에 의한 계약), 제21조(보험계약의 성립) 및 제30조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.
- ④ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약 시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제17조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제19조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제35조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

- ① 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납 처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제25조(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 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

용어의 정의

<강제집행>

강제집행이란 사법상 또는 행정법상의 의무를 이행하지 않는 사람에 대하여 국가가 강제권력으로 그 의무를 이행하는 것을 말합니다.

<담보권실행>

담보권실행이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않는 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.

<국세 및 지방세 체납처분 절차>

국세 및 지방세 체납처분 절차란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금징수, 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 체납 시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해약환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

제6관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제36조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

- ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제39조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제24조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제39조(해약환급금)에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제36조의2(위법계약의 해지)

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

위법계약

금융상품판매업자등이 「금융소비자보호에 관한 법률」 제47조에서 정한 적합성원칙, 적정성원칙, 설명의무, 불공정영업행위의 금지 또는 부당권유행위 금지를 위반한 계약을 말합니다.

- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내 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 제39조(해약환급금) 제4항에 따른 계

약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사 할 수 있습니다.

제37조(중대사유로 인한 해지)

- ① 회사는 다음 각 호와 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.

이미 발생한 보험금 지급사유에 대한 보험금 지급

계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류를 변조하여 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 회사는 실제 발생한 보험금 지급사유에 대해서는 보험금을 지급합니다.

- ② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 제39조(해약환급금)에서 정한 해약환급금을 지급합니다.

제38조(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 제39조(해약환급금)에서 정한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제39조(해약환급금)

< 상품별 보험료 및 해약환급금(률) 예시 >							
구 분		1형 (납입후 표준형환급률 동일지급형)		표준형* (1형 비교 안내용)		2형 (해약환급금지급형)	
		환급금	환급률	환급금	환급률	환급금	환급률
월보험료		65,099		80,861		80,588	
경과 기간 (년)	1	0	0%	188,839	19%	160,672	17%
	5	0	0%	3,419,786	70%	3,410,396	71%
	10	0	0%	7,533,529	78%	7,533,529	78%
	19	0	0%	14,962,955	81%	14,962,955	81%
	20	12,710,890	81%	15,789,639	81%	15,789,639	82%
	30	12,529,790	80%	15,557,727	80%	15,557,727	80%
	만기	0	0%	0	0	0	0%

* 「표준형」이란 1형(납입후 표준형환급률 동일지급형) 보험료 산출에 기초가 되는 이율, 위험률, 사업비율(해지율 제외) 등이 동일한 상품을 말합니다.

** 「표준형」은 1형(납입후 표준형환급률 동일지급형)의 비교 안내를 위한 상품으로 판매는 하지 않습니다.

*** 계약자는 위 예시표의 월보험료, 환급금 및 환급률 수준을 비교하여 1형 또는 2형 중 하나의 상품을 선택하여 가입할 수 있습니다

**** 상기 예시는 표준형환급률에 대한 지급 예시로 실제 값과는 무관합니다.

<1종2형(일반심사형)(해약환급금지급형) 및 2종2형(경증간편가입형)(해약환급금지급형)>

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 계산합니다. 이때, 적립부분 순보험료에 대하여는 회사는 제1회 보험료를 받은 날부터 이 계약의 공시이율(보장)을 적용합니다.
- ② 제1항의 공시이율(보장)이 보험기간중에 변경되는 경우에는 변경된 시점 이후부터 제11조(공시이율의 적용 및 공시)에 따라 변경된 이율을 적용하며, 최저보증이율은 연복리 0.3%로 합니다.
- ③ 제1항의 해약환급금은 보험료의 자동대출납입에 따라 납입된 보험료와 이자, 보험계약대출에 따른 보험계약대출금과 이자, 기 인출된 중도인출금이 있는 경우에는 그 원리금 합계액을 빼고 지급합니다.
- ④ 제36조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 반환하여 드립니다.
- ⑤ 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지

급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 「보험금을 지급할 때의 적립이율 계산」 (【별표3】 참조)에 따릅니다.

⑥ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.

<1종1형(일반심사형)(납입후 표준형환급률 동일지급형) 및 2종1형(경증간편가입형)(납입후 표준형환급률 동일지급형)>

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 계산합니다. 다만, 보험료 납입기간 중 이 계약이 해지된 경우에는 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간 이후 해지된 경우에는 해지율을 적용하지 않는 동일한 보장 내용의 상품(이하 「표준형」이라 함)대비 적습니다.
- ② 해지시 납입되지 않은 보험료가 있는 경우, 해약환급금에서 납입되지 않은 보험료를 차감하여 지급합니다.
- ③ 제1항의 「표준형」은 비교 안내를 위한 상품으로 판매는 하지 않습니다.
- ④ 제36조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 반환하여 드립니다.
- ⑤ 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」 (【별표3】 참조)에 따릅니다.
- ⑥ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.

1종1형 및 2종1형 해약환급금 관련 유의사항

- 보험료 납입기간 중 해지시 해약환급금은 없습니다.
- 보험료 납입기간 후 해지시 「표준형」의 해약환급률에 이 상품의 이미 납입한 보험료^{주1)}를 곱한 금액을 해약환급금으로 지급합니다.

여기서 「표준형」의 환급률^{주2)}이란 「표준형」의 해약환급금을 「표준형」의 이미 납입한 보험료^{주3)}로 나눈 비율을 말합니다.

주1) 이 상품의 이미 납입한 보험료란 “해약환급금 지급사유가 발생한 시점까지 감액 등 변경사항을 반영하여 계산한 누적 보험료”를 말합니다.

주2) 「표준형」의 환급률 =
$$\frac{\text{「표준형」의 해약환급금}}{\text{「표준형」의 이미 납입한 보험료}}$$

주3) 「표준형」의 이미 납입한 보험료는 “해약환급금 지급사유가 발생한 시점까지 감액 등 변경사항을 반영하여 계산한 「표준형」 누적 보험료”를 말합니다.

[예시] 표준형 VS 납입후 표준형환급률 동일지급형 환급률 비교 예시

구 분			1형 (납입후 표준형환급률 동일지급형)		표준형* (1형 비교 안내용)	
			환급금	환급률	환급금	환급률
보험료			65,099		80,861	
경과 기간 (년)	납입중	1	0	0%	188,839	19%
		5	0	0%	3,419,786	70%
		10	0	0%	7,533,529	78%
		19	0	0%	14,962,955	81%
	납입후	20	12,710,890	81%	15,789,639	81%
		30	12,529,790	80%	15,557,727	80%
		만기	0	0%	0	0

* 「표준형」은 1형(납입후 표준형환급률 동일지급형)의 비교 안내를 위한 상품으로 판매는 하지 않습니다.

** 상기 예시는 표준형환급률에 대한 지급 예시로 실제 값과는 무관합니다.

<1종3형(일반심사형)(장기요양등급진단(1~5등급) 및 상해·질병후유장해(80%이상) 무사고 만기연장형) 및 2종3형(경증간편가입형)(장기요양등급진단(1~5등급) 및 상해·질병후유장해(80%이상) 무사고 만기연장형)>

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에 따라 계산합니다.
- ② 해지시 납입되지 않은 보험료가 있는 경우, 해약환급금에서 납입되지 않은 보험료를 차감하여 지급합니다.
- ③ 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」 (【별표3】 참조)에 따릅니다.
- ④ 제36조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액 및 미경과 보험료를 반환하여 드립니다.
- ⑤ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공합니다.

제40조(보험계약대출)

<1종2형(일반심사형)(해약환급금지급형) 및 2종2형(경증간편가입형)(해약환급금지급형)>

- ① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 ‘보험계약대출’이라 합니다)을 받을 수 있습니다.
- ② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보

험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.

- ③ 제2항에도 불구하고 회사는 제33조(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.

<1종1형(일반심사형)(납입후 표준형환급률 동일지급형), 1종3형(일반심사형)(장기요양등급진단(1~5등급) 및 상해·질병후유장해(80%이상) 무사고 만기연장형), 2종1형(경증간편가입형)(납입후 표준형환급률 동일지급형) 및 2종3형(경증간편가입형)(장기요양등급진단(1~5등급) 및 상해·질병후유장해(80%이상) 무사고 만기연장형)>

이 계약은 순수보장성형 상품으로 보험계약대출을 적용하지 않습니다.

제41조(배당금의 지급)

회사는 이 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제7관 지정대리청구에 관한 사항

제42조(적용대상)

이 계약의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

제43조(지정대리청구인의 지정)

- ① 계약자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약체결 시 또는 계약체결 이후 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 자 중 2인이내에서 보험금의 대리청구인(이하, “지정대리청구인”이라 합니다)을 지정할 수 있으며, 2인을 지정대리청구인으로 지정시 대표대리인을 지정해야 합니다. 또한, 지정대리청구인은 제45조(지정대리청구인의 변경 지정)에 의한 변경지정 또는 보험금 청구시에도 다음 각호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.
 - 1. 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상 배우자
 - 2. 피보험자의 3촌 이내 친족
- ② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제42조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제44조(지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회

사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제45조(지정대리청구인에 의한 보험금 지급 등의 절차)

- ① 지정대리청구인은 제46조(지정대리청구인에 의한 보험금 등의 청구)에 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제42조(적용대상)의 보험수익자 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.

제46조(지정대리청구인에 의한 보험금 등의 청구)

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
5. 기타 지정대리청구인이 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제8관 분쟁의 조정 등

제47조(분쟁의 조정)

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

「소비자보호에 관한 법률」 제42조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정 절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제48조(관할법원)

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

제49조(소멸시효)

보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료 반환청구권, 해약환급금 청구권, 계약자적립액 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

소멸시효

주어진 권리를 행사하지 않을 때 그 권리가 없어지게 되는 기간으로 보험금 등 지급사유가 발생한 3년간 보험금 등을 청구하지 않는 경우 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다.

예를 들어, 보험금 지급사유가 2025년 4월 1일에 발생하였음에도 2028년 4월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금등을 지급받지 못할 수 있습니다.

제50조(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 제1항>

권리의 행사와 의무의 이행은 신의에 좇아 성실히 하여야 한다.

제51조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

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

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

보험안내자료

계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다.

제52조(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 하지않을 정도로 현저하게 공정성을 잃은 것을 말한다.

제53조(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 법령(【별표 2】 기타관계법령을 참조)에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의 없이 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.

제54조(준거법)

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

제55조(예금보험에 의한 지급보장)

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

예금자보호제도

예금자보호제도란 예금보험공사에서 금융기관 등으로부터 미리 보험료를 받아 적립해 두었다가 금융기관이 경영악화나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없는 경우 해당 금융기관을 대신하여 예금자에게 보험금 또는 환급금을 예금자 1인당 최고 5,000만원까지 지급함으로써 예금자를 보호하는 제도를 말합니다.

특 별 약 관

※ 특별약관은 계약자의 선택에 의하여 가입이 가능하며, 선택한 특별약관의 보험료를 납입한 경우에 한하여 해당 특별약관의 내용을 적용합니다.

제1장. 장기요양관련 특별약관

1. 장기요양등급진단비(1등급) 특별약관

1-1. 장기요양등급진단비(1등급) 특별약관

1-2. 장기요양등급진단비(1등급)(경증간편가입) 특별약관

1-1은 일반심사형으로 운영하며,
1-2는 경증간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 장기요양등급진단비(1등급) : 이 특별약관의 보험기간 중에 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 “1등급의 장기요양등급” 판정시 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
장기요양등급진단비(1등급)	이 특별약관 보험가입금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

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.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 장기요양등급진단비(1등급) 지급사유가 발생한 경우에 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 계약자적립액

및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

2. 장기요양등급진단비(1~3등급) 특별약관

2-1. 장기요양등급진단비(1~3등급) 특별약관

2-2. 장기요양등급진단비(1~3등급)(경증간편가입) 특별약관

2-1은 일반심사형으로 운영하며,
2-2는 경증간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 장기요양등급진단비(1~3등급) : 이 특별약관의 보험기간 중에 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 “1등급 내지 3등급의 장기요양등급” 판정시 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
장기요양등급진단비(1~3등급)	이 특별약관 보험가입금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

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.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 장기요양등급진단비(1~3등급) 지급사유가 발

생한 경우에 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

- ② 피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

3. 장기요양등급진단비(1~4등급) 특별약관

3-1. 장기요양등급진단비(1~4등급) 특별약관

3-2. 장기요양등급진단비(1~4등급)(경증간편가입) 특별약관

3-1은 일반심사형으로 운영하며,
3-2는 경증간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 장기요양등급진단비(1~4등급) : 이 특별약관의 보험기간 중에 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 “1등급 내지 4등급의 장기요양등급” 판정시 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
장기요양등급진단비(1~4등급)	이 특별약관 보험가입금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

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.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 장기요양등급진단비(1~4등급) 지급사유가 발생한 경우에 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적용한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

4. 장기요양등급진단비(1~5등급) 특별약관

4-1. 장기요양등급진단비(1~5등급) 특별약관

4-2. 장기요양등급진단비(1~5등급)(경증간편가입) 특별약관

4-1은 일반심사형으로 운영하며,
4-2는 경증간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 장기요양등급진단비(1~5등급) : 이 특별약관의 보험기간 중에 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 “1등급 내지 5등급의 장기요양등급” 판정시 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
장기요양등급진단비(1~5등급)	이 특별약관 보험가입금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

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 지급 사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 장기요양등급진단비(1~5등급) 지급사유가 발생한 경우에 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적용한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

5. 장기요양급여금(1~2등급, 재가급여)(월1회한) 특별약관

5-1. 장기요양급여금(1~2등급, 재가급여)(월1회한) 특별약관

5-2. 장기요양급여금(1~2등급, 재가급여)(월1회한)(경증간편가입) 특별약관

5-1은 일반심사형으로 운영하며,
5-2는 경증간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 장기요양급여금(1~2등급, 재가급여)(월1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 노인장

기요양보험 수급대상으로 인정되어 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 1등급 내지 2등급의 장기요양등급을 판정받고 「재가급여」를 이용한 경우 월간1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
장기요양급여금 (1~2등급, 재가급여)(월1회한)	이 특별약관 보험가입금액 (월간 1회한)

제2조(「재가급여」의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「재가급여」라 함은 노인장기요양보험법 제15조(등급판정 등)에 의한 장기요양급여수급자(이하 “수급자”라 합니다)가 받을 수 있는 노인장기요양보험법 제23조(장기요양급여의 종류) 제1항 제1호에서 정한 재가급여를 말합니다.
- ② 제1항에서 재가급여의 종류는 다음 각 호와 같습니다.
 1. 방문요양 : 장기요양요원이 수급자의 가정 등을 방문하여 신체활동 및 가사활동 등을 지원하는 장기요양급여
 2. 방문목욕 : 장기요양요원이 목욕설비를 갖춘 장비를 이용하여 수급자의 가정 등을 방문하여 목욕을 제공하는 장기요양급여
 3. 방문간호 : 장기요양요원인 간호사 등이 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시서(이하 “방문간호지시서”라 합니다)에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 및 구강위생 등을 제공하는 장기요양급여
 4. 주야간보호 : 수급자를 하루 중 일정 시간 동안 장기요양기관에 보호하면서 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
 5. 단기보호 : 수급자를 보건복지부령으로 정하는 범위 안에서 일정기간 동안 장기요양기관에 보호하면서 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
 6. 기타재가급여 : 수급자의 일상생활·신체활동 지원 및 인지기능의 유지·향상에 필요한 용구를 제공하거나 가정을 방문하여 재활에 관한 지원 등을 제공하는 장기요양급여로서 대통령령으로 정하는 것

유의사항

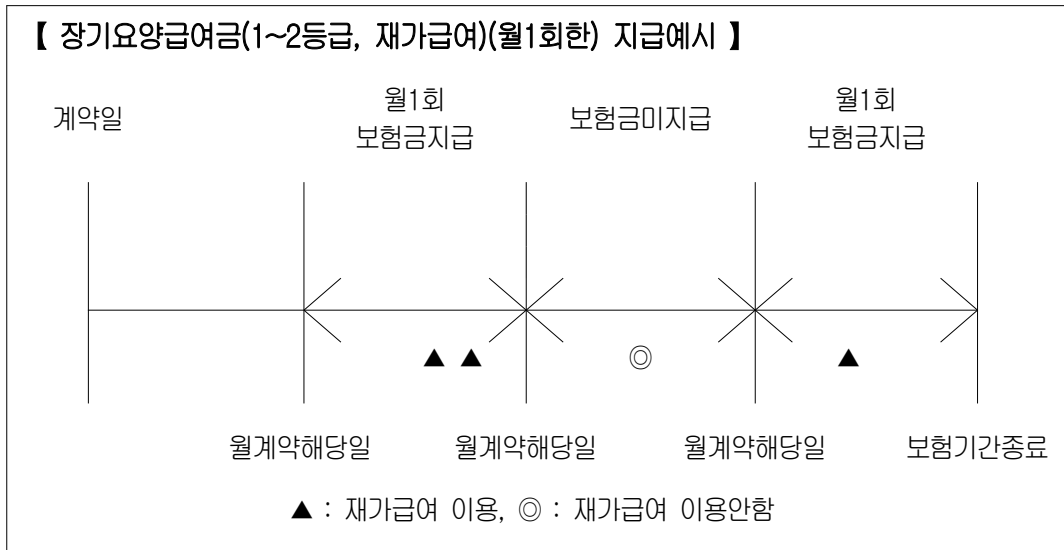
노인장기요양보호법 제23조(장기요양급여의 종류) 제1항 제3호의 규정에 의한 특별현금급여(가족요양비, 특례요양비, 요양병원 간병비)는 재가급여 및 시설급여에 해당되지 않습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 월간이라 함은 「월계약해당일」부터 매1개월 단위로 도래하는 다음 월계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당월의 월계약해당일 이 없을 경우에는 해당월의 말일을 월계약해당일로 하고 이전 달의 월계약해당일부터 해당월의 말일까지를 기준으로 월1회를 계산합니다.

- ② 회사는 피보험자가 재가급여를 월 1회 이상 이용한 경우에도 1회의 이용으로 간주하여 하나의 장기요양급여금(1~2등급, 재가급여)(월1회한)만 지급합니다.
- ③ 보험기간이 끝난 후의 장기요양 1~2등급으로 인한 「재가급여」 이용은 보장하지 않습니다.

【 장기요양급여금(1~2등급, 재가급여)(월1회한) 지급예시 】



- ④ 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 장기요양등급 판정을 받았으나, 허위 또는 부당 판정 사실이 확인되는 경우 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑤ 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.

제4조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 장기요양등급의 판정기준(이하 「장기요양등급 판정기준」이라 합니다) 또는 「재가급여」의 정의가 노인장기요양보험법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장기요양등급을 판정하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 계약내용에 상응하는 장기요양등급 또는 재가급여와 관련된 새로운 보장내용으로 변경할 수 있으며, 이 경우 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
1. 법령의 개정 또는 폐지 등에 따라 「장기요양등급 판정기준」 또는 「재가급여」가 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정에 따라 「장기요양등급 판정기준」 또는 「재가급여」의 변경으로 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당하는 장기요양등급 판정이 불가능

한 경우

3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정 등에 따라 "계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등"의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

예시

장기요양등급 판정기준이 현행 1~5등급에서 신체장애등급과 정신장애등급으로 변경되는 경우 등

- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과 보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 장기요양인정서, 장기요양급여비용명세서, 장기요양급여 제공기록지, 장기요양급여 제공 확인서(회사양식) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 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 의료관법에서 정한 의료기관 또는 노인장기요양보험법 제2조(정의) 제4항에서 규정한 장기요양기관에서 발급한 것이어야 합니다. 단, 장기요양인정서는 국민건강보험공단에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적용한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

6. 장기요양급여금(1~2등급, 시설급여)(월1회한) 특별약관

6-1. 장기요양급여금(1~2등급, 시설급여)(월1회한) 특별약관

6-2. 장기요양급여금(1~2등급, 시설급여)(월1회한)(경증간편가입) 특별약관

6-1은 일반심사형으로 운영하며,
6-2는 경증간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 장기요양급여금(1~2등급, 시설급여)(월1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 노인장기요양보험 수급대상으로 인정되어 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 1등급 내지 2등급의 장기요양등급을 판정받고 「시설급여」를 이용한 경우 월간1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
장기요양급여금 (1~2등급, 시설급여)(월1회한)	이 특별약관 보험가입금액 (월간 1회한)

제2조(「시설급여」의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「시설급여」라 함은 노인장기요양보험법 제15조(등급판정 등)에 의한 장기요양급여수급자가 받을 수 있는 노인장기요양보험법 제23조(장기요양급여의 종류) 제1항 제2호에서 정한 장기요양급여로 장기요양기관에 장기간 입소한 수급자에게 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여를 말합니다.

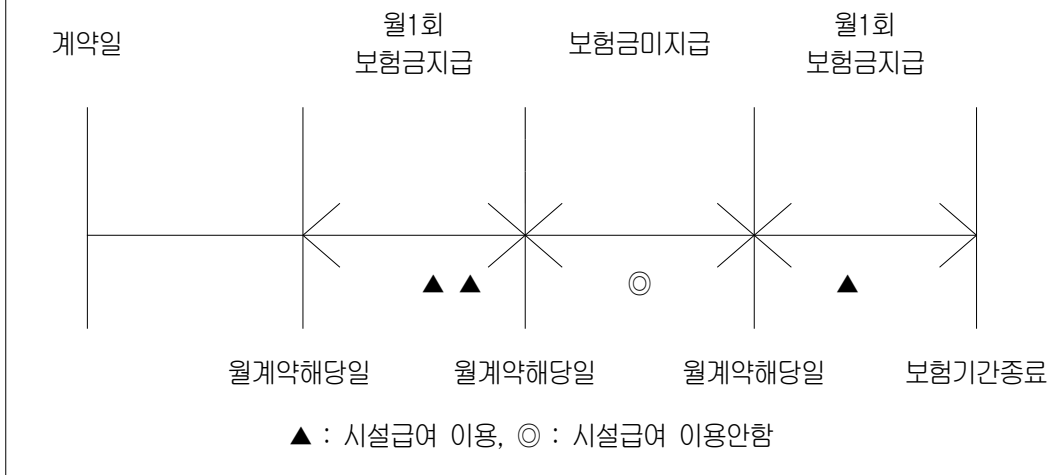
유의사항

노인장기요양보호법 제23조(장기요양급여의 종류) 제1항 제3호의 규정에 의한 특별현금급여(가족요양비, 특례요양비, 요양병원 간병비)는 재가급여 및 시설급여에 해당되지 않습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 월간이라 함은 「월계약해당일」부터 매1개월 단위로 도래하는 다음 월계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당월의 월계약해당일 이 없을 경우에는 해당월의 말일을 월계약해당일로 하고 이전 달의 월계약해당일부터 해당월의 말일까지를 기준으로 월1회를 계산합니다.
- ② 회사는 피보험자가 시설급여를 월 1회 이상 이용한 경우에도 1회의 이용으로 간주하여 하나의 장기요양급여금(1~2등급, 시설급여)(월1회한)만 지급합니다.
- ③ 보험기간이 끝난 후의 장기요양 1~2등급으로 인한 「시설급여」 이용은 보장하지 않습니다.

【 장기요양급여금(1~2등급, 시설급여)(월1회한) 지급예시 】



- ④ 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 장기요양등급 판정을 받았으나, 허위 또는 부당 판정 사실이 확인되는 경우 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑤ 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.

제4조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 장기요양등급의 판정기준(이하 「장기요양등급 판정기준」

이라 합니다) 또는 「시설급여」의 정의가 노인장기요양보험법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장기요양등급을 판정하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 계약내용에 상응하는 장기요양등급 또는 시설급여와 관련된 새로운 보장내용으로 변경할 수 있으며, 이 경우 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
1. 법령의 개정 또는 폐지 등에 따라 「장기요양등급 판정기준」 또는 「시설급여」가 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정으로 「장기요양등급 판정기준」 또는 「시설급여」의 변경으로 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당하는 장기요양등급 판정이 불가능한 경우
 3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정으로 "계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등"의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

예시

장기요양등급 판정기준이 현행 1~5등급에서 신체장애등급과 정신장애등급으로 변경되는 경우 등

- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과 보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)

2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 장기요양인정서, 장기요양급여비용명세서, 장기요양급여 제공기록지, 장기요양급여 제공 확인서(회사양식) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 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 의료관법에서 정한 의료기관 또는 노인장기요양보험법 제2조(정의) 제4항에서 규정한 장기요양기관에서 발급한 것이어야 합니다. 단, 장기요양인정서는 국민건강보험공단에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

7. 장기요양급여금(1~5등급, 재가급여)(월1회한) 특별약관

7-1. 장기요양급여금(1~5등급, 재가급여)(월1회한) 특별약관

7-2. 장기요양급여금(1~5등급, 재가급여)(월1회한)(경증간편가입) 특별약관

7-1은 일반심사형으로 운영하며,
7-2는 경증간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 장기요양급여금(1~5등급, 재가급여)(월1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 노인장기요양보험 수급대상으로 인정되어 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 1등급 내지 5등급의

장기요양등급을 판정받고 「재가급여」를 이용한 경우 월간1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
장기요양급여금 (1~5등급, 재가급여)(월1회한)	이 특별약관 보험가입금액 (월간 1회한)

제2조(「재가급여」의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「재가급여」라 함은 노인장기요양보험법 제15조(등급판정 등)에 의한 장기요양급여수급자(이하 “수급자”라 합니다)가 받을 수 있는 노인장기요양보험법 제23조(장기요양급여의 종류) 제1항 제1호에서 정한 재가급여를 말합니다.
- ② 제1항에서 재가급여의 종류는 다음 각 호와 같습니다.
 1. 방문요양 : 장기요양요원이 수급자의 가정 등을 방문하여 신체활동 및 가사활동 등을 지원하는 장기요양급여
 2. 방문목욕 : 장기요양요원이 목욕설비를 갖춘 장비를 이용하여 수급자의 가정 등을 방문하여 목욕을 제공하는 장기요양급여
 3. 방문간호 : 장기요양요원인 간호사 등이 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시서(이하 “방문간호지시서”라 합니다)에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 및 구강위생 등을 제공하는 장기요양급여
 4. 주야간보호 : 수급자를 하루 중 일정 시간 동안 장기요양기관에 보호하면서 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
 5. 단기보호 : 수급자를 보건복지부령으로 정하는 범위 안에서 일정기간 동안 장기요양기관에 보호하면서 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
 6. 기타재가급여 : 수급자의 일상생활·신체활동 지원 및 인지기능의 유지·향상에 필요한 용구를 제공하거나 가정을 방문하여 재활에 관한 지원 등을 제공하는 장기요양급여로서 대통령령으로 정하는 것

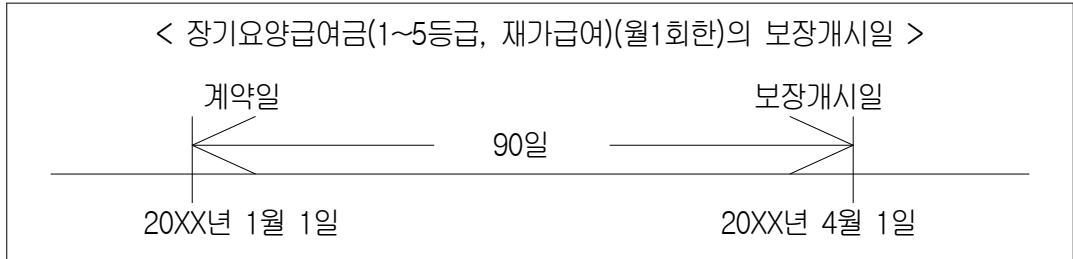
유의사항

노인장기요양보호법 제23조(장기요양급여의 종류) 제1항 제3호의 규정에 의한 특별현금급여(가족요양비, 특례요양비, 요양병원 간병비)는 재가급여 및 시설급여에 해당되지 않습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

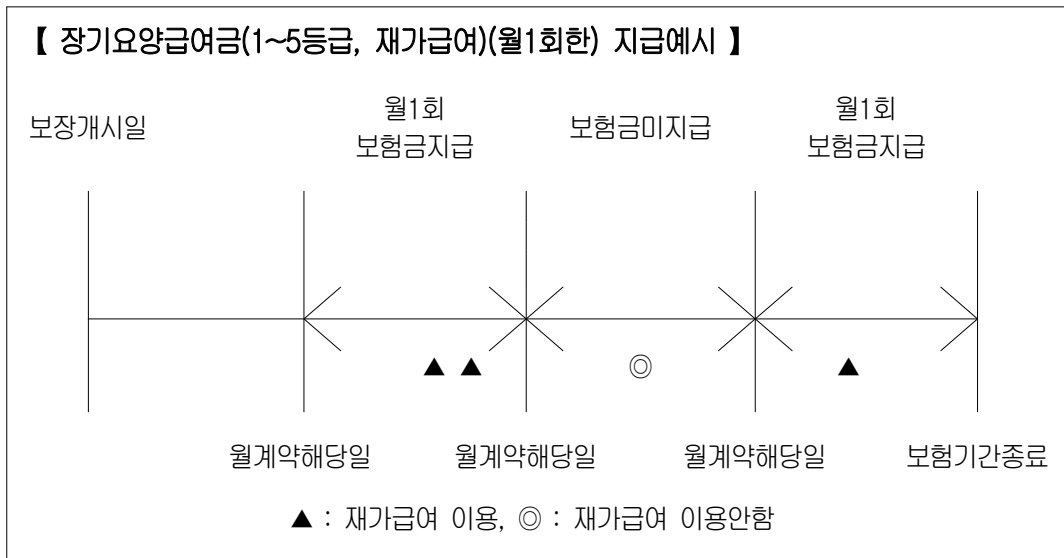
- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 월간이라 함은 「월계약해당일」부터 매1개월 단위로 도래하는 다음 월계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당월의 월계약해당일 이 없을 경우에는 해당월의 말일을 월계약해당일로 하고 이전 달의 월계약해당일부터 해당월의 말일까지를 기준으로 월1회를 계산합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유) 장기요양급여금(1~5등급, 재가급여)(월1회한)의 보장개시일

은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.



다만, 상해를 직접적인 원인으로 1등급 내지 5등급의 장기요양등급을 판정받은 경우에는 계약일을 보장개시일로 합니다.

- ③ 회사는 피보험자가 재가급여를 월 1회 이상 이용한 경우에도 1회의 이용으로 간주하여 하나의 장기요양급여금(1~5등급, 재가급여)(월1회한)만 지급합니다.
- ④ 보험기간이 끝난 후의 장기요양 1~5등급으로 인한 「재가급여」 이용은 보장하지 않습니다.



- ⑤ 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 장기요양등급 판정을 받았으나, 허위 또는 부당 판정 사실이 확인되는 경우 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 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.

제4조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 장기요양등급의 판정기준(이하 「장기요양등급 판정기준」이라 합니다) 또는 「재가급여」의 정의가 노인장기요양보험법 및 관련 법령(이하 “법령”

이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장기요양등급을 판정하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 계약내용에 상응하는 장기요양등급 또는 재가급여와 관련된 새로운 보장내용으로 변경할 수 있으며, 이 경우 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
1. 법령의 개정 또는 폐지 등에 따라 「장기요양등급 판정기준」 또는 「재가급여」가 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정에 따라 「장기요양등급 판정기준」 또는 「재가급여」의 변경으로 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당하는 장기요양등급 판정이 불가능한 경우
 3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 "계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등"의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

예 시

장기요양등급 판정기준이 현행 1~5등급에서 신체장애등급과 정신장애등급으로 변경되는 경우 등

- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과 보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 장기요양인정서, 장기요양급여비용명세서, 장기요

양급여 제공기록지, 장기요양급여 제공 확인서(회사양식) 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 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 의료관법에서 정한 의료기관 또는 노인장기요양보험법 제2조(정의) 제4항에서 규정한 장기요양기관에서 발급한 것이어야 합니다. 단, 장기요양인정서는 국민건강보험공단에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(특별약관의 무효)

- ① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제24조(계약의 무효)를 따릅니다.
- ② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 노인장기요양보험 수급대상으로 인정되어 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 1등급 내지 5등급의 장기요양등급으로 판정되어 있는 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 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

8. 장기요양급여금(1~5등급, 시설급여)(월1회한) 특별약관
 8-1. 장기요양급여금(1~5등급, 시설급여)(월1회한) 특별약관
 8-2. 장기요양급여금(1~5등급, 시설급여)(월1회한)(경증간편가입)
 특별약관

8-1은 일반심사형으로 운영하며,
 8-2는 경증간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 장기요양급여금(1~5등급, 시설급여)(월1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 노인장기요양보험 수급대상으로 인정되어 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 1등급 내지 5등급의 장기요양등급을 판정받고 「시설급여」를 이용한 경우 월간1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
장기요양급여금 (1~5등급, 시설급여)(월1회한)	이 특별약관 보험가입금액 (월간 1회한)

제2조(「시설급여」의 정의)

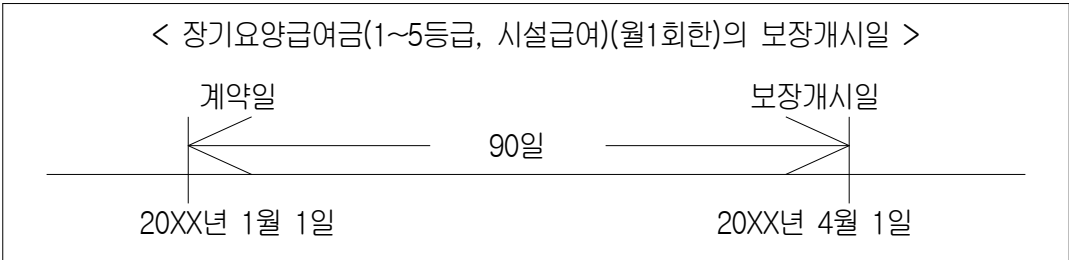
이 특별약관에서 「시설급여」라 함은 노인장기요양보험법 제15조(등급판정 등)에 의한 장기요양급여수급자가 받을 수 있는 노인장기요양보험법 제23조(장기요양급여의 종류) 제1항 제2호에서 정한 장기요양급여로 장기요양기관에 장기간 입소한 수급자에게 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여를 말합니다.

유의사항

노인장기요양보호법 제23조(장기요양급여의 종류) 제1항 제3호의 규정에 의한 특별현금급여(가족요양비, 특례요양비, 요양병원 간병비)는 재가급여 및 시설급여에 해당되지 않습니다.

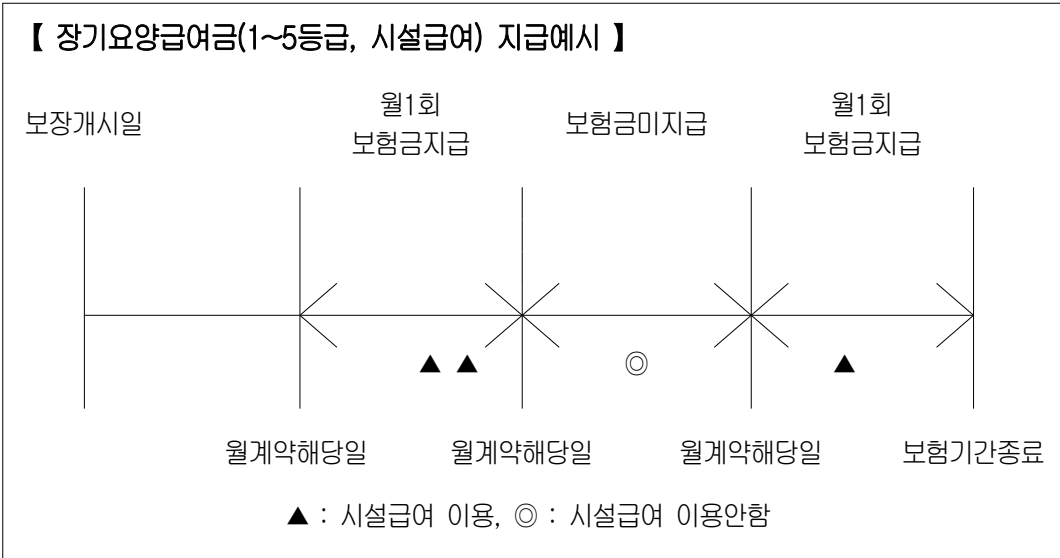
제3조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 월간이라 함은 「월계약해당일」부터 매1개월 단위로 도래하는 다음 월계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당월의 월계약해당일 이 없을 경우에는 해당월의 말일을 월계약해당일로 하고 이전 달의 월계약해당일부터 해당월의 말일까지를 기준으로 월1회를 계산합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유) 장기요양급여금(1~5등급, 시설급여)(월1회한)의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.



다만, 상해를 직접적인 원인으로 1등급 내지 5등급의 장기요양등급을 판정받은 경우에는 계약일을 보장개시일로 합니다.

- ③ 회사는 피보험자가 시설급여를 월 1회 이상 이용한 경우에도 1회의 이용으로 간주하여 하나의 장기요양급여금(1~5등급, 시설급여)(월1회한)만 지급합니다.
- ④ 보험기간이 끝난 후의 장기요양 1~5등급으로 인한 「시설급여」 이용은 보장하지 않습니다.



- ⑤ 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 장기요양등급 판정을 받았으나, 허위 또는 부당 판정 사실이 확인되는 경우 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 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.

제4조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 장기요양등급의 판정기준(이하 「장기요양등급 판정기준」이라 합니다) 또는 「시설급여」의 정의가 노인장기요양보험법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장기요양등급을 판정하는 시점의 법령

에 따른 기준을 적용합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 계약내용에 상응하는 장기요양등급 또는 시설급여와 관련된 새로운 보장내용으로 변경할 수 있으며, 이 경우 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
1. 법령의 개정 또는 폐지 등에 따라 「장기요양등급 판정기준」 또는 「시설급여」가 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정 등에 따라 「장기요양등급 판정기준」 또는 「시설급여」의 변경으로 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당하는 장기요양등급 판정이 불가능한 경우
 3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정 등에 따라 "계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등"의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

예 시

장기요양등급 판정기준이 현행 1~5등급에서 신체장애등급과 정신장애등급으로 변경되는 경우 등

- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과 보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 장기요양인정서, 장기요양급여비용명세서, 장기요양급여 제공기록지, 장기요양급여 제공 확인서(회사양식) 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 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 의료관법에서 정한 의료기관 또는 노인장기요양보험법 제2조(정의) 제4항에서 규정한 장기요양기관에서 발급한 것이어야 합니다. 단, 장기요양인정서는 국민건강보험공단에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(특별약관의 무효)

- ① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제24조(계약의 무효)를 따릅니다.
- ② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 노인장기요양보험 수급대상으로 인정되어 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 1등급 내지 5등급의 장기요양등급으로 판정되어 있는 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 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

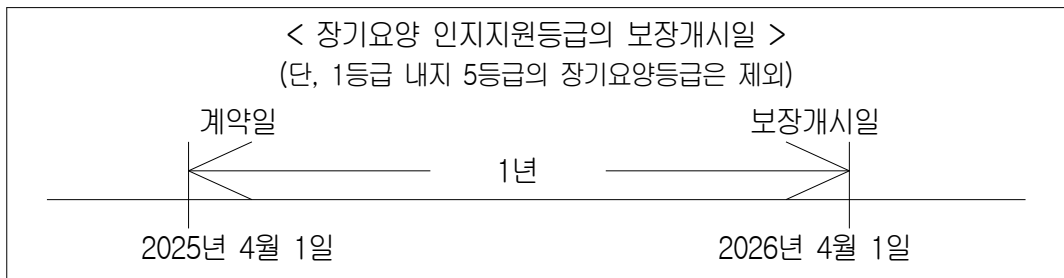
9-2. 장기요양등급진단비(1~5등급(인지지원등급포함))(경증간편가입)
특별약관

9-1은 일반심사형으로 운영하며,
9-2는 경증간편가입형으로 운영합니다.

1. 장기요양등급진단비(1~5등급(인지지원등급포함)) : 이 특별약관의 보험기간 중 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 노인장기요양보험 수급대상으로 인정되어 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 1등급 내지 5등급의 장기요양등급 또는 장기요양 인지지원등급(이하 「장기요양등급」이라 합니다.)으로 판정시 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
장기요양등급진단비 (1~5등급(인지지원등급포함))	이 특별약관 보험가입금액

2. 1등급 내지 5등급의 장기요양등급 : 보험계약일



다만, 상해를 직접적인 원인으로 장기요양 인지지원등급을 판정받은 경우에는 계약일을 보장개시일로 합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 제1항 이외에도 회사는 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ③ 회사는 피보험자가 노인장기요양보험법에 의해 장기요양급여의 제한을 받은 경우에는 장기요양등급진단비를 지급하지 않으며, 장기요양등급 진단비가 지급된 이후 장기요양급여의 제한을 받은 사실이 확인되는 경우에는 이미 지급된 장기요양등급 진단비의 반환을 요구할 수 있습니다.

노인장기요양보험법 제29조(장기요양급여의 제한)

- ① 공단은 장기요양급여를 받고 있는 자가 정당한 사유 없이 제15조제4항에 따른 조사나 제60조 또는 제61조에 따른 요구에 응하지 아니하거나 답변을 거절한 경우 장기요양급여의 전부 또는 일부를 제공하지 아니하게 할 수 있다.
- ② 공단은 장기요양급여를 받고 있거나 받을 수 있는 자가 장기요양기관이 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 장기요양급여비용을 받는 데에 가담한 경우 장기요양급여를 중단하거나 1년의 범위에서 장기요양급여의 횟수 또는 제공 기간을 제한할 수 있다.
- ③ 제2항에 따른 장기요양급여의 중단 및 제한 기준과 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제4조(특별약관의 무효)

- ① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제24조(계약의 무효)를 따릅니다.
- ② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 장기요양 인지지원등급으로 판정되어 있는 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 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연

단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통 약관 제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제6조(지정대리청구서비스에 관한 사항)

- ① 이 특별약관의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.
- ② 이 특별약관에서 정한 보험금을 계약자가 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약체결시 또는 계약체결 이후 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 자 중 2인 이내에서 보험금의 대리청구인(이하, “지정대리청구인”이라 합니다)을 지정할 수 있으며, 2인을 지정대리청구인으로 지정시 대표대리인을 지정해야 합니다. 또한, 지정대리청구인은 제4항에 의한 변경지정 또는 보험금 청구시에도 다음 각호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.
 1. 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상 배우자
 2. 피보험자의 3촌 이내 친족
- ③ 제2항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 이 특별약관의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.
- ④ 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 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 계약자 의사표시의 확인방법 포함)
- ⑤ 지정대리청구인은 제7항에서 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 이 특별약관의 보험수익자 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.
- ⑥ 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증)

4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 「장기요양등급」의 판정기준(이하 「장기요양등급 판정기준」이라 합니다)의 정의가 노인장기요양보험법 및 관련 법령(이하 「법령」이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 「장기요양등급」을 판정하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 계약내용에 상응하는 「장기요양등급」과 관련된 새로운 보장내용으로 변경할 수 있으며, 이 경우 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
 1. 법령의 개정 또는 폐지 등에 따라 「장기요양등급 판정기준」이 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정으로 「장기요양등급 판정기준」의 변경으로 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당하는 「장기요양등급」 판정이 불가능한 경우
 3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정으로 "계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등"의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

예시

장기요양등급 판정기준이 현행 1~5등급에서 신체장애등급과 정신장애등급으로 변경되는 경우 등

- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 보험료 및 계약자적립액 산출방법서에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 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(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 장기요양등급진단비(1~5등급(인지지원등급포함)) 지급사유가 발생한 경우에 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)

한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

10. 장기요양급여금(1~5등급(인지지원등급포함), 재가급여)(월1회한)

특별약관

10-1. 장기요양급여금(1~5등급(인지지원등급포함), 재가급여)(월1회한)

특별약관

10-2. 장기요양급여금(1~5등급(인지지원등급포함), 재가급여)(월1회한) (경증간편가입) 특별약관

10-1은 일반심사형으로 운영하며,
10-2는 경증간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 장기요양급여금(1~5등급(인지지원등급포함), 재가급여)(월1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 노인장기요양보험 수급대상으로 인정되어 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 1등급 내지 5등급의 장기요양등급 또는 장기요양 인지지원등급(이하 「장기요양등급」이라 합니다.)으로 판정받고 「재가급여」를 이용한 경우 월간1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
장기요양급여금 (1~5등급(인지지원등급포함), 재가급여)(월1회한)	이 특별약관의 보험가입금액 (월간 1회한)

제2조(「재가급여」의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「재가급여」라 함은 노인장기요양보험법 제15조(등급판정 등)에 의한 장기요양급여수급자(이하 “수급자”라 합니다)가 받을 수 있는 노인장기요양보험법 제23

조(장기요양급여의 종류) 제1항 제1호에서 정한 재가급여를 말합니다.

② 제1항에서 재가급여의 종류는 다음 각 호와 같습니다.

1. 방문요양 : 장기요양요원이 수급자의 가정 등을 방문하여 신체활동 및 가사활동 등을 지원하는 장기요양급여
2. 방문목욕 : 장기요양요원이 목욕설비를 갖춘 장비를 이용하여 수급자의 가정 등을 방문하여 목욕을 제공하는 장기요양급여
3. 방문간호 : 장기요양요원인 간호사 등이 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시서(이하 “방문간호지시서”라 합니다)에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등을 제공하는 장기요양급여
4. 주야간보호 : 수급자를 하루 중 일정한 시간 동안 장기요양기관에 보호하면서 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
5. 단기보호 : 수급자를 보건복지부령으로 정하는 범위 안에서 일정기간 동안 장기요양기관에 보호하면서 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
6. 기타재가급여 : 수급자의 일상생활·신체활동 지원 및 인지기능의 유지·향상에 필요한 용구를 제공하거나 가정을 방문하여 재활에 관한 지원 등을 제공하는 장기요양급여로서 대통령령으로 정하는 것

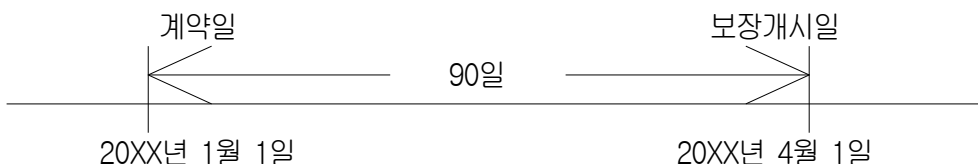
유의사항

노인장기요양보험법 제23조(장기요양급여의 종류) 제1항 제3호의 규정에 의한 특별현금급여(가족요양비, 특례요양비, 요양병원 간병비)는 재가급여에 해당되지 않습니다. 또한, 인지지원등급을 판정받은 수급자는 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시 제2조 제3항에 의거 주야간보호급여(주야간보호 내 치매전담실 포함), 제36조의 2제1항에 따른 단기보호급여 및 기타재가급여만을 이용할 수 있다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 월간이라 함은 「월계약해당일」부터 매1개월 단위로 도래하는 다음 월계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당월의 월계약해당일 이 없을 경우에는 해당월의 말일을 월계약해당일로 하고 이전 달의 월계약해당일부터 해당월의 말일까지를 기준으로 월1회를 계산합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유) 장기요양급여금(1~5등급(인지지원등급포함), 재가급여)(월1회한)의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날입니다.

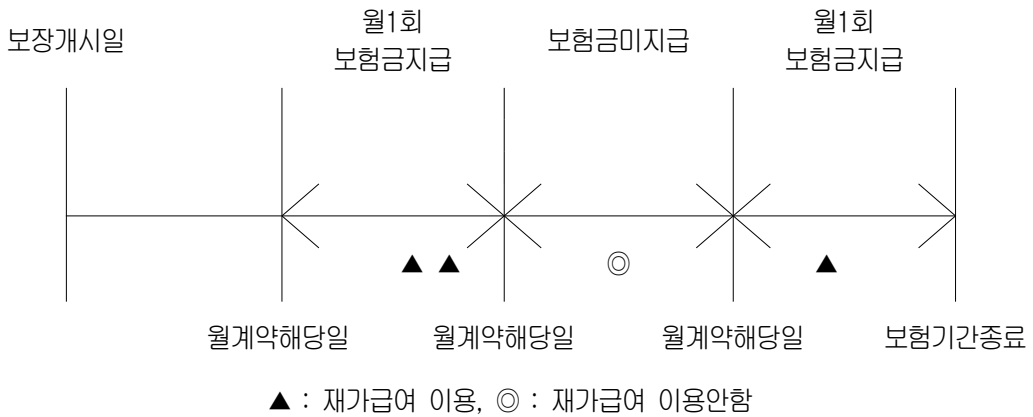
< 장기요양급여금(1~5등급(인지지원등급포함), 재가급여)(월1회한)의 보장개시일 >



다만, 상해를 직접적인 원인으로 「장기요양등급」을 판정받은 경우에는 계약일을 보장개시일로 합니다.

- ③ 회사는 피보험자가 재가급여를 월 1회 이상 이용한 경우에도 1회의 이용으로 간주하여 하나의 장기요양급여금(1~5등급(인지지원등급포함), 재가급여)(월1회한)만 지급합니다.
- ④ 보험기간이 끝난 후의 장기요양 1~5등급(인지지원등급포함)으로 인한 「재가급여」 이용은 보장하지 않습니다.

【 장기요양급여금(1~5등급(인지지원등급포함), 재가급여)(월1회한) 지급예시 】



- ⑤ 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 장기요양등급 판정을 받았으나, 허위 또는 부당 판정 사실이 확인되는 경우 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 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.

제4조(특별약관의 무효)

- ① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제24조(계약의 무효)를 따릅니다.
- ② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「장기요양등급」으로 판정되어 있는 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 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관

관 제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제6조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 「장기요양등급」의 판정기준(이하 「장기요양등급 판정기준」이라 합니다) 또는 「재가급여」의 정의가 노인장기요양보험법 및 관련 법령(이하 「법령」이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장기요양등급 및 장기요양 인지지원등급을 판정하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 계약내용에 상응하는 「장기요양등급」 또는 「재가급여」와 관련된 새로운 보장내용으로 변경할 수 있으며, 이 경우 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
 1. 법령의 개정 또는 폐지 등에 따라 「장기요양등급 판정기준」 또는 「재가급여」가 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정에 따라 「장기요양등급 판정기준」 또는 「재가급여」의 변경으로 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당하는 「장기요양등급」 판정이 불가능한 경우
 3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 "계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등"의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

예시

장기요양등급 판정기준이 현행 1~5등급에서 신체장애등급과 정신장애등급으로 변경되는 경우 등

- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 보험료 및 계약자 적립액 산출방법서에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 계약을 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 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.

제7조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 장기요양인정서, 장기요양급여비용명세서, 장기요양급여 제공 기록지, 장기요양급여 제공 확인서(회사양식) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 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 의료관법에서 정한 의료기관 또는 노인장기요양보험법 제2조(정의) 제4호에서 규정한 장기요양기관에서 발급한 것이어야 합니다. 단, 장기요양인정서는 국민건강보험공단에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 제1항 이외에도 회사는 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ③ 회사는 피보험자가 노인장기요양보험법에 의해 장기요양급여의 제한을 받은 경우에는 장기요양등급진단비를 지급하지 않으며, 장기요양등급 진단비가 지급된 이후 장기요양급여의 제한을 받은 사실이 확인되는 경우에는 이미 지급된 장기요양등급 진단비의 반환을 요구할 수 있습니다.

노인장기요양보험법 제29조(장기요양급여의 제한)

- ① 공단은 장기요양급여를 받고 있는 자가 정당한 사유 없이 제15조제4항에 따른 조사나 제60조 또는 제61조에 따른 요구에 응하지 아니하거나 답변을 거절한 경우 장기요양급여의 전부 또는 일부를 제공하지 아니하게 할 수 있다.
- ② 공단은 장기요양급여를 받고 있거나 받을 수 있는 자가 장기요양기관이 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 장기요양급여비용을 받는 데에 가담한 경우 장기요양급여를 중단하거나 1년의 범위에서 장기요양급여의 횟수 또는 제공 기간을 제한할 수 있다.
- ③ 제2항에 따른 장기요양급여의 중단 및 제한 기준과 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제9조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망한 경우(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다) 이 특별약관은 소멸되며, 더 이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

11. 장기요양급여금(1~5등급(인지지원등급포함), 주야간보호)(월1회한)

특별약관

11-1. 장기요양급여금(1~5등급(인지지원등급포함), 주야간보호)

(월1회한) 특별약관

11-2. 장기요양급여금(1~5등급(인지지원등급포함), 주야간보호)

(월1회한)(경증간편가입) 특별약관

11-1은 일반심사형으로 운영하며,
11-2는 경증간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 장기요양급여금(1~5등급(인지지원등급포함), 주야간보호)(월1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 노인장기요양보험 수급대상으로 인정되어 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 1등급 내지 5등급의 장기요양등급 또는 장기요양 인지지원등급(이하 「장기요양등급」이라 합니다.)으로 판정받고 「주·야간보호급여」를 이용한 경우 월간1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
장기요양(1~5등급(인지지원등급포함)) 주·야간보호급여금(월1회한)	이 특별약관 보험가입금액 (월간 1회한)

제2조(「주·야간보호급여」의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「주·야간보호급여」라 함은 노인장기요양보험법 제15조(등급판정 등)에 의한 장기요양급여수급자(이하 “수급자”라 합니다)가 받을 수 있는 노인장기요양보험법 제23조(장기요양급여의 종류) 제1항 제1호 라목에서 정한 주·야간보호를 말합니다.

노인장기요양보험법 제23조(장기요양급여의 종류) 제1항 제1호

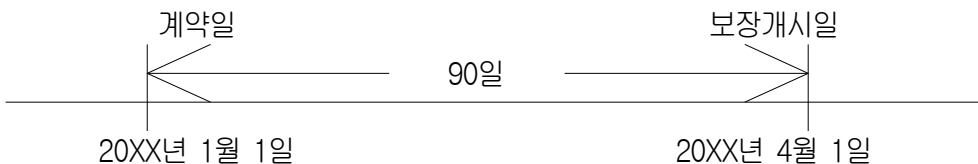
라. 주·야간보호 : 수급자를 하루 중 일정한 시간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여

- ② 노인장기요양보험법 제23조(장기요양급여의 종류) 제1항 제1호의 규정에 의한 재가급여(방문요양, 방문목욕, 방문간호, 단기보호, 기타재가급여), 제2호의 규정에 의한 시설급여 및 제3호의 규정에 의한 특별현금급여(가족요양비, 특례요양비, 요양병원간병비)는 「주·야간보호급여」에 해당되지 않습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 월간이라 함은 「월계약해당일」부터 매1개월 단위로 도래하는 다음 월계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당월의 월계약해당일 이 없을 경우에는 해당월의 말일을 월계약해당일로 하고 이전 달의 월계약해당일부터 해당월의 말일까지를 기준으로 월1회를 계산합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유) 장기요양급여금(1~5등급(인지지원등급포함), 주야간보호)(월1회환)의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날입니다.

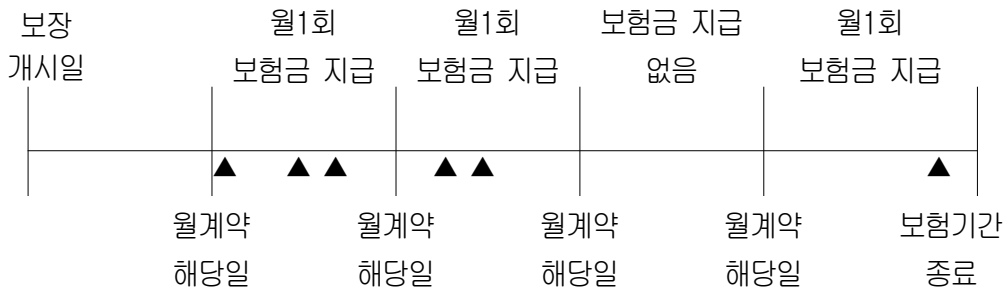
< 장기요양급여금(1~5등급(인지지원등급포함), 주야간보호)(월1회환)의 보장개시일 >



다만, 상해를 직접적인 원인으로 「장기요양등급」을 판정받은 경우에는 계약일을 보장개시일로 합니다.

- ③ 제1조(보험금의 지급사유)의 장기요양(1~5등급(인지지원등급포함)) 주·야간보호급여금(월간1회환)은 월 1회 이상 「주·야간보호급여」이용시 1회에 한하여 지급하며, 월간1회를 한도로 지급합니다.
- ④ 보험기간이 끝난 후의 장기요양 1~5등급(인지지원등급포함)으로 인한 「주·야간보호급여」이용은 보장하지 않습니다.

【 장기요양(1~5등급(인지지원등급포함)) 주·야간보호급여(월간1회한) 지급예시 】



▲ : 「장기요양등급」으로 「주·야간보호급여」 이용

- ⑤ 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 장기요양등급 판정을 받았으나, 허위 또는 부당 판정 사실이 확인되는 경우 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 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.

제4조(특별약관의 무효)

- ① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제24조(계약의 무효)를 따릅니다.
- ② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「장기요양등급」으로 판정되어 있는 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 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제6조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 장기요양등급의 판정기준(이하 「장기요양등급 판정기준」이라 합니다) 또는 「주·야간보호급여」의 정의가 노인장기요양보험법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장기요양등급을 판정하는 시점의

법령에 따른 기준을 적용합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 계약내용에 상응하는 「장기요양등급」 또는 「주·야간보호급여」와 관련된 새로운 보장내용으로 변경할 수 있으며, 이 경우 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
1. 법령의 개정 또는 폐지 등에 따라 「장기요양등급 판정기준」 또는 「주·야간보호급여」가 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정에 따라 「장기요양등급 판정기준」 또는 「주·야간보호급여」의 변경으로 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당하는 장기요양등급 판정이 불가능한 경우
 3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 "계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등"의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

예 시

장기요양등급 판정기준이 현행 1~5등급에서 신체장애등급과 정신장애등급으로 변경되는 경우 등

- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과 보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제7조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 장기요양인정서, 장기요양급여비용명세서, 장기요양급여 제공 기록지, 장기요양급여 제공 확인서(회사양식) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 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 의료관법에서 정한 의료기관 또는 노인장기요양보험법 제2조(정의) 제4호에서 규정한 장기요양기관에서 발급한 것이어야 합니다. 단, 장기요양인정서는 국민건강보험공단에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 제1항 이외에도 회사는 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ③ 회사는 피보험자가 노인장기요양보험법에 의해 장기요양급여의 제한을 받은 경우에는 장기요양등급진단비를 지급하지 않으며, 장기요양등급 진단비가 지급된 이후 장기요양급여의 제한을 받은 사실이 확인되는 경우에는 이미 지급된 장기요양등급 진단비의 반환을 요구할 수 있습니다.

노인장기요양보험법 제29조(장기요양급여의 제한)

- ① 공단은 장기요양급여를 받고 있는 자가 정당한 사유 없이 제15조제4항에 따른 조사나 제60조 또는 제61조에 따른 요구에 응하지 아니하거나 답변을 거절한 경우 장기요양급여의 전부 또는 일부를 제공하지 아니하게 할 수 있다.
- ② 공단은 장기요양급여를 받고 있거나 받을 수 있는 자가 장기요양기관이 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 장기요양급여비용을 받는 데에 가담한 경우 장기요양급여를 중단하거나 1년의 범위에서 장기요양급여의 횟수 또는 제공 기간을 제한할 수 있다.
- ③ 제2항에 따른 장기요양급여의 중단 및 제한 기준과 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제9조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 더 이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

12. 장기요양급여금(인지지원등급, 주·야간보호)(월1회한) 특별약관

12-1. 장기요양급여금(인지지원등급, 주·야간보호)(월1회한) 특별약관

12-2. 장기요양급여금(인지지원등급, 주·야간보호)(월1회한)

(경증간편가입) 특별약관

12-1은 일반심사형으로 운영하며,
12-2는 경증간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 장기요양급여금(인지지원등급, 주야간보호)(월1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 노인장기요양보험 수급대상으로 인정되어 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 장기요양 인지지원등급으로 판정받고 「주·야간보호급여」를 이용한 경우 월간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급합니다.

구 분	지 급 금 액
장기요양급여금(인지지원등급, 주·야간보호)(월1회한)	이 특별약관 보험가입금액 (월간 1회한)

제2조(「주·야간보호급여」의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「주·야간보호급여」라 함은 노인장기요양보험법 제15조(등급판정 등)에 의한 장기요양급여수급자(이하 “수급자”라 합니다)가 받을 수 있는 노인장기요양보험법 제23조(장기요양급여의 종류) 제1항 제1호 라목에서 정한 주·야간보호를 말합니다.

노인장기요양보험법 제23조(장기요양급여의 종류) 제1항 제1호

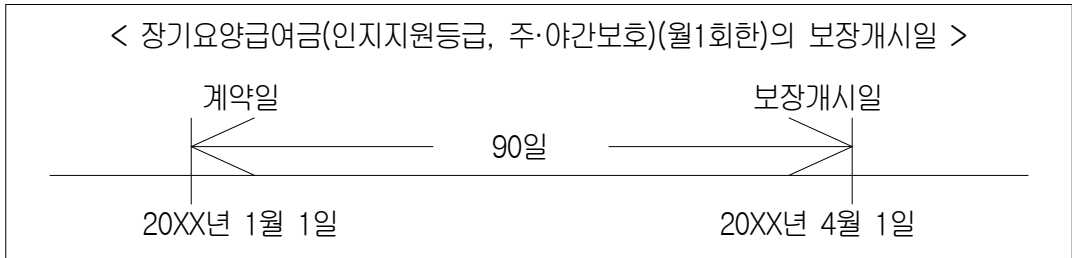
라. 주·야간보호 : 수급자를 하루 중 일정한 시간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여

- ② 노인장기요양보험법 제23조(장기요양급여의 종류) 제1항 제1호의 규정에 의한 재가급여(방문요양, 방문목욕, 방문간호, 단기보호, 기타재가급여), 제2호의 규정에 의한 시설급여 및 제3호의 규정에 의한 특별현금급여(가족요양비, 특례요양비, 요양병원간병비)는

「주·야간보호급여」에 해당되지 않습니다.

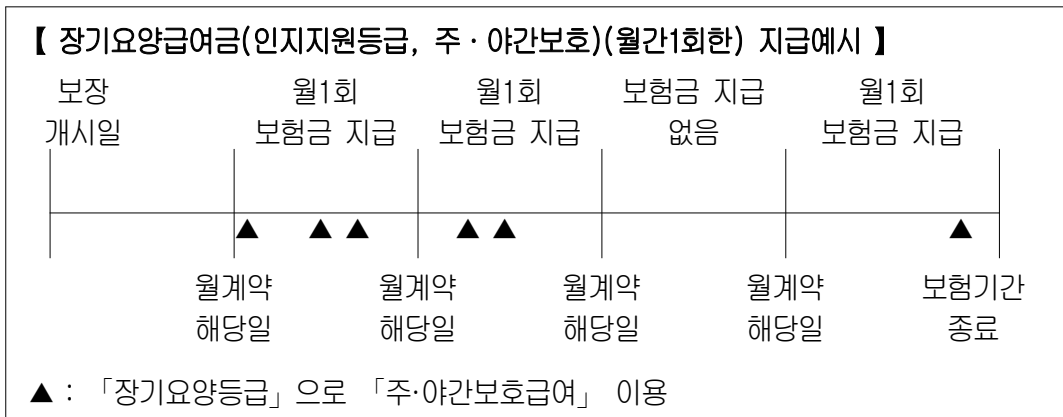
제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 월간이라 함은 「월계약해당일」부터 매1개월 단위로 도래하는 다음 월계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당월의 월계약해당일 이 없을 경우에는 해당월의 말일을 월계약해당일로 하고 이전 달의 월계약해당일부터 해당월의 말일까지를 기준으로 월1회를 계산합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유) 장기요양급여금(인지지원등급, 주·야간보호)(월1회한)의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날입니다.



다만, 상해를 직접적인 원인으로 장기요양 인지지원등급으로 판정받은 경우에는 계약일을 보장개시일로 합니다.

- ③ 제1조(보험금의 지급사유)의 장기요양급여금(인지지원등급, 주·야간보호)(월1회한)은 월 1회 이상 「주·야간보호급여」 이용시 1회에 한하여 지급하며, 월간1회를 한도로 지급합니다.
- ④ 보험기간이 끝난 후의 장기요양 인지지원등급으로 인한 「주·야간보호급여」 이용은 보장하지 않습니다.



- ⑤ 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 장기요양등급 판정을 받았으나, 허위 또는 부당 판정 사실이 확인되는 경우 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 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, 보험

금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제4조(특별약관의 무효)

- ① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제24조(계약의 무효)를 따릅니다.
- ② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 장기요양 인지지원등급으로 판정되어 있는 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 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제6조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 장기요양등급의 판정기준(이하 「장기요양등급 판정기준」이라 합니다) 또는 「주·야간보호급여」의 정의가 노인장기요양보험법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장기요양등급을 판정하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 계약내용에 상응하는 「장기요양등급」 또는 「주·야간보호급여」와 관련된 새로운 보장내용으로 변경할 수 있으며, 이 경우 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
 1. 법령의 개정 또는 폐지 등에 따라 「장기요양등급 판정기준」 또는 「주·야간보호급여」가 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정에 따라 「장기요양등급 판정기준」 또는 「주·야간보호급여」의 변경으로 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당하는 장기요양등급 판정이 불가능한 경우
 3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 "계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등"의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

예시

장기요양등급 판정기준이 현행 1~5등급에서 신체장애등급과 정신장애등급으로 변경되는 경우 등

- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과 보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제7조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 - 1. 청구서(회사 양식)
 - 2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 장기요양인정서, 장기요양급여비용명세서, 장기요양급여 제공 기록지, 장기요양급여 제공 확인서(회사양식) 등)
 - 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 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 의료관법에서 정한 의료기관 또는 노인장기요양보험법 제2조(정의) 제4호에서 규정한 장기요양기관에서 발급한 것이어야 합니다. 단, 장기요양인정서는 국민건강보험공단에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 - 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 제1항 이외에도 회사는 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용에 의하

여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ③ 회사는 피보험자가 노인장기요양보험법에 의해 장기요양급여의 제한을 받은 경우에는 장기요양등급진단비를 지급하지 않으며, 장기요양등급 진단비가 지급된 이후 장기요양급여의 제한을 받은 사실이 확인되는 경우에는 이미 지급된 장기요양등급 진단비의 반환을 요구할 수 있습니다.

노인장기요양보험법 제29조(장기요양급여의 제한)

- ① 공단은 장기요양급여를 받고 있는 자가 정당한 사유 없이 제15조제4항에 따른 조사나 제60조 또는 제61조에 따른 요구에 응하지 아니하거나 답변을 거절한 경우 장기요양급여의 전부 또는 일부를 제공하지 아니하게 할 수 있다.
- ② 공단은 장기요양급여를 받고 있거나 받을 수 있는 자가 장기요양기관이 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 장기요양급여비용을 받는 데에 가담한 경우 장기요양급여를 중단하거나 1년의 범위에서 장기요양급여의 횟수 또는 제공 기간을 제한할 수 있다.
- ③ 제2항에 따른 장기요양급여의 중단 및 제한 기준과 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제9조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 더 이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

13. 장기요양급여금(1~5등급(인지지원등급포함), 복지용구)(월1회한)

특별약관

13-1. 장기요양급여금(1~5등급(인지지원등급포함), 복지용구)(월1회한)

특별약관

13-2. 장기요양급여금(1~5등급(인지지원등급포함), 복지용구)(월1회한) (경증간편가입) 특별약관

13-1은 일반심사형으로 운영하며,
13-2는 경증간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 장기요양급여금(1~5등급(인지지원등급포함), 복지용구)(월1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 노인장기요양보험 수급대상으로 인정되어 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 1등급 내지 5등급의 장기요양등급 또는 장기요양 인지지원등급(이하 「장기요양등급」이라 합니다.)으로 판정받고 「복지용구급여」 이용한 경우 월간1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
장기요양급여금(1~5등급(인지지원등급포함), 복지용구)(월1회한)	이 특별약관 보험가입금액 (월간 1회한)

제2조(「복지용구급여」의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「복지용구급여」라 함은 노인장기요양보험법 제15조(등급판정 등)에 의한 장기요양급여수급자(이하 “수급자”라 합니다)가 받을 수 있는 노인장기요양보험법 제23조(장기요양급여의 종류) 제1항 제1호 바목에서 정한 장기요양급여로 노인장기요양보험법 시행규칙 제19조(기타재가급여제공기준 등)의 「복지용구」를 말합니다.

노인장기요양보험법 제23조(장기요양급여의 종류) 제1항 제1호

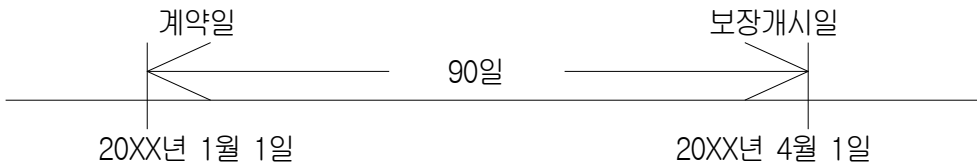
바. 기타재가급여 : 수급자의 일상생활·신체활동 지원 및 인지기능의 유지·향상에 필요한 용구를 제공하거나 가정을 방문하여 재활에 관한 지원 등을 제공하는 장기요양급여로서 대통령령으로 정하는 것

- ② 노인장기요양보험법 제23조(장기요양급여의 종류) 제1항 제1호의 규정에 의한 재가급여(방문요양, 방문목욕, 주·야간보호, 방문간호, 단기보호), 제2호의 규정에 의한 시설급여 및 제3호의 규정에 의한 특별현금급여(가족요양비, 특례요양비, 요양병원간병비)는 「복지용구급여」에 해당되지 않습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 월간이라 함은 「월계약해당일」부터 매1개월 단위로 도래하는 다음 월계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당월의 월계약해당일 이 없을 경우에는 해당월의 말일을 월계약해당일로 하고 이전 달의 월계약해당일부터 해당월의 말일까지를 기준으로 월1회를 계산합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유) 장기요양급여금(1~5등급(인지지원등급포함), 복지용구)(월1회한)의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날입니다.

< 장기요양급여금(1~5등급(인지지원등급포함), 복지용구)(월1회한)의 보장개시일 >



다만, 상해를 직접적인 원인으로 「장기요양등급」을 판정받은 경우에는 계약일을 보장개시일로 합니다.

- ③ 제1조(보험금의 지급사유)의 장기요양급여금(1~5등급(인지지원등급포함), 복지용구)(월1회한)은 월 1회 이상 「복지용구급여」 이용시 1회에 한하여 지급하며, 월간1회를 한도로 지급합니다.
- ④ 보험기간이 끝난 후의 장기요양 1~5등급(인지지원등급포함)으로 인한 「복지용구급여」 이용은 보장하지 않습니다.

【 장기요양급여금(1~5등급(인지지원등급포함), 복지용구)(월간1회한) 지급예시 】



- ⑤ 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 장기요양등급 판정을 받았으나, 허위 또는 부당 판정 사실이 확인되는 경우 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 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.

제4조(특별약관의 무효)

- ① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제24조(계약의 무효)를 따릅니다.
- ② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 「장기요양등급」으로 판정되어 있는 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 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제6조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 장기요양등급의 판정기준(이하 「장기요양등급 판정기준」이라 합니다) 또는 「복지용구급여」의 정의가 노인장기요양보험법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장기요양등급을 판정하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 계약내용에 상응하는 「장기요양등급」 또는 「복지용구급여」와 관련된 새로운 보장내용으로 변경할 수 있으며, 이 경우 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
 1. 법령의 개정 또는 폐지 등에 따라 「장기요양등급 판정기준」 또는 「복지용구급여」가 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정으로 「장기요양등급 판정기준」 또는 「복지용구급여」의 변경으로 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당하는 장기요양등급 판정이 불가능한 경우
 3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정으로 "계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등"의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

예시

장기요양등급 판정기준이 현행 1~5등급에서 신체장애등급과 정신장애등급으로 변경되는 경우 등

- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 보험가입금액 변경내역, 보험료 수

준 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과 보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제7조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 - 1. 청구서(회사 양식)
 - 2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 장기요양인정서, 장기요양급여비용명세서, 장기요양급여 제공 기록지, 장기요양급여 제공 확인서(회사양식) 등)
 - 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 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 의료관법에서 정한 의료기관 또는 노인장기요양보험법 제2조(정의) 제4호에서 규정한 장기요양기관에서 발급한 것이어야 합니다. 단, 장기요양인정서는 국민건강보험공단에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 - 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ② 제1항 이외에도 회사는 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ③ 회사는 피보험자가 노인장기요양보험법에 의해 장기요양급여의 제한을 받은 경우에는

장기요양등급진단비를 지급하지 않으며, 장기요양등급 진단비가 지급된 이후 장기요양급여의 제한을 받은 사실이 확인되는 경우에는 이미 지급된 장기요양등급 진단비의 반환을 요구할 수 있습니다.

노인장기요양보험법 제29조(장기요양급여의 제한)

- ① 공단은 장기요양급여를 받고 있는 자가 정당한 사유 없이 제15조제4항에 따른 조사나 제60조 또는 제61조에 따른 요구에 응하지 아니하거나 답변을 거절한 경우 장기요양급여의 전부 또는 일부를 제공하지 아니하게 할 수 있다.
- ② 공단은 장기요양급여를 받고 있거나 받을 수 있는 자가 장기요양기관이 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 장기요양급여비용을 받는 데에 가담한 경우 장기요양급여를 중단하거나 1년의 범위에서 장기요양급여의 횟수 또는 제공 기간을 제한할 수 있다.
- ③ 제2항에 따른 장기요양급여의 중단 및 제한 기준과 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제9조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 더 이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

14. 장기요양급여금(1~5등급, 방문요양)(월1회한) 특별약관

14-1. 장기요양급여금(1~5등급, 방문요양)(월1회한) 특별약관

14-2. 장기요양급여금(1~5등급, 방문요양)(월1회한)(경증간편가입) 특별약관

14-1은 일반심사형으로 운영하며,
14-2는 경증간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 장기요양급여금(1~5등급, 방문요양)(월1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 노인장기요양보험 수급대상으로 인정되어 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 1등급 내지 5등급의 장기요양등급으로 판정받고 「방문요양급여」 이용한 경우 월간1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
장기요양급여금(1~5등급, 방문요양)(월1회한)	이 특별약관 보험가입금액 (월간 1회한)

제2조(「방문요양급여」의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「방문요양급여」라 함은 노인장기요양보험법 제15조(등급판정 등)에 의한 장기요양급여수급자(이하 “수급자”라 합니다)가 받을 수 있는 노인장기요양보험법 제23조(장기요양급여의 종류) 제1항 제1호 가목에서 정한 방문요양을 말합니다.

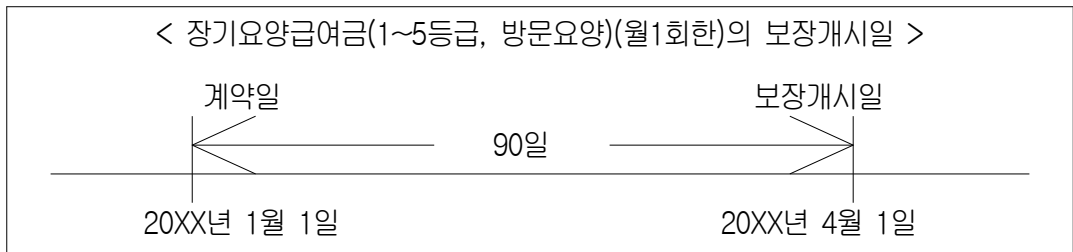
노인장기요양보험법 제23조(장기요양급여의 종류) 제1항 제1호

가. 방문요양 : 장기요양원이 수급자의 가정 등을 방문하여 신체활동 및 가사활동 등을 지원하는 장기요양급여

- ② 노인장기요양보험법 제23조(장기요양급여의 종류) 제1항 제1호의 규정에 의한 재가급여(방문목욕, 방문간호, 주·야간보호, 단기보호, 기타재가급여), 제2호의 규정에 의한 시설급여 및 제3호의 규정에 의한 특별현금급여(가족요양비, 특례요양비, 요양병원간병비)는 「방문요양급여」에 해당되지 않습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 월간이라 함은 「월계약해당일」부터 매1개월 단위로 도래하는 다음 월계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당월의 월계약해당일 이 없을 경우에는 해당월의 말일을 월계약해당일로 하고 이전 달의 월계약해당일부터 해당월의 말일까지를 기준으로 월1회를 계산합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유) 장기요양급여금(1~5등급, 방문요양)(월1회한)의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날입니다.

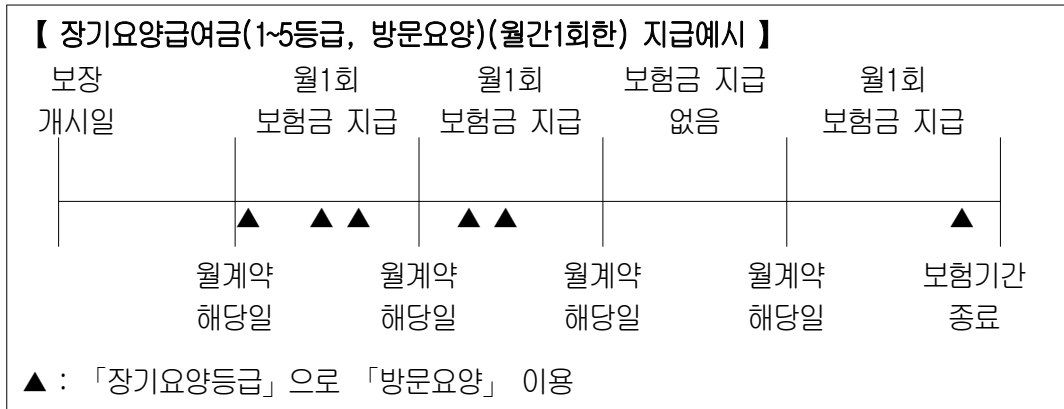


다만, 상해를 직접적인 원인으로 1등급 내지 5등급의 장기요양등급으로 판정받은 경우에는 계약일을 보장개시일로 합니다.

- ③ 회사는 피보험자가 「방문요양급여」를 월 1회 이상 이용한 경우에도 1회의 이용으로

간주하여 하나의 장기요양급여금(1~5등급, 방문요양)(월1회한)만 지급합니다.

- ④ 보험기간이 끝난 후의 장기요양 1~5등급으로 인한 「방문요양급여」 이용은 보장하지 않습니다.



- ⑤ 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 장기요양등급 판정을 받았으나, 허위 또는 부당 판정 사실이 확인되는 경우 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 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.

제4조(특별약관의 무효)

- ① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제24조(계약의 무효)를 따릅니다.
- ② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 노인장기요양보험 수급대상으로 인정되어 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 1등급 내지 5등급의 장기요양등급으로 판정되어 있는 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 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제6조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 장기요양등급의 판정기준(이하 「장기요양등급 판정기준」이라 합니다) 또는 「복지용구급여」의 정의가 노인장기요양보험법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장기요양등급을 판정하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 계약내용에 상응하는 「장기요양등급」 또는 「복지용구급여」와 관련된 새로운 보장내용으로 변경할 수 있으며, 이 경우 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
 1. 법령의 개정 또는 폐지 등에 따라 「장기요양등급 판정기준」 또는 「복지용구급여」가 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정에 따라 「장기요양등급 판정기준」 또는 「복지용구급여」의 변경으로 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당하는 장기요양등급 판정이 불가능한 경우
 3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 "계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등"의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

예시

장기요양등급 판정기준이 현행 1~5등급에서 신체장애등급과 정신장애등급으로 변경되는 경우 등

- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과 보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제7조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 장기요양인정서, 장기요양급여비용명세서, 장기요양급여 제공 기록지, 장기요양급여 제공 확인서(회사양식) 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 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 의료관법에서 정한 의료기관 또는 노인장기요양보험법 제2조(정의) 제4호에서 규정한 장기요양기관에서 발급한 것이어야 합니다. 단, 장기요양인정서는 국민건강보험공단에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제9조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 더 이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

15. 장기요양등급판정자(1~5등급) 요양병원입원비(1일~90일) 특별약관

15-1. 장기요양등급판정자(1~5등급) 요양병원입원비(1일~90일)

특별약관

15-2. 장기요양등급판정자(1~5등급) 요양병원입원비(1일~90일)

(경증간편가입) 특별약관

15-1은 일반심사형으로 운영하며,
15-2는 경증간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 장기요양등급판정자(1~5등급) 요양병원입원비(1일~90일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 노인장기요양보험 수급대상으로 인정되어 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 1등급 내지 5등급의 장기요양등급으로 판정되고, 요양병원에 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 1일째 입원일부터 입원 1일당 아래의 금액을 지급

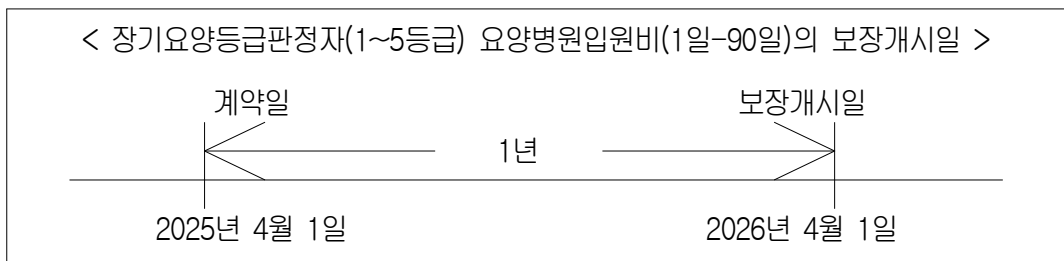
구 분	지 급 금 액
장기요양등급판정자(1~5등급) 요양병원입원비(1일-90일)	1일째 입원일부터 입원 1일당 보험가입금액(90일한도)

제2조(「입원」의 정의와 장소)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 「장기요양등급판정자(1~5등급) 요양병원입원비(1일~90일)」에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사에 의하여 질병 또는 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에 있어서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 치료를 직접목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

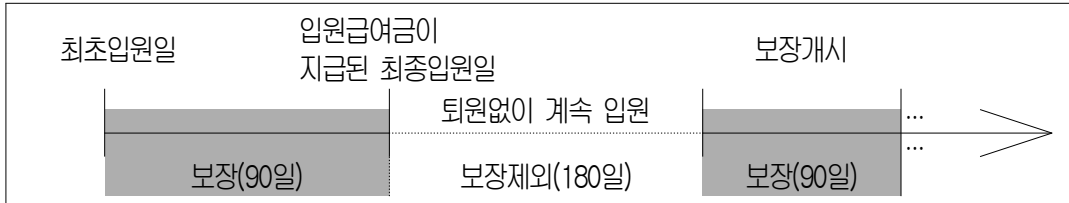
제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 장기요양등급판정자(1~5등급) 요양병원입원비(1일~90일)의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날입니다.



- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 장기요양등급판정자(1~5등급) 요양병원입원비(1일~90일) 지급일수는 1회 입원당 90일을 한도로 합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 치료를 직접목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 치료에 대한 입원이라도 「장기요양등급판정자(1~5등급) 요양병원입원비(1일~90일)」가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 「장기요양등급판정자(1~5등급) 요양병원입원비(1일~90일)」가 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 「장기요양등급판정자(1~5등급) 요양병원입원비(1일~90일)」가 지급된 최종입원일의 그 다음날

을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항의 장기요양등급 판정자(1~5등급) 요양병원입원비(1일-90일)를 계속 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 장기요양등급판정자(1~5등급) 요양병원입원비(1일-90일)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 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.

제4조(특별약관의 무효)

- ① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제24조(계약의 무효)를 따릅니다.
- ② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 노인장기요양보험 수급대상으로 인정되어 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 1등급 내지 5등급의 장기요양등급으로 판정되어 있는 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 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제5조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제6조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 장기요양등급의 판정기준(이하 「장기요양등급 판정기준」이라 합니다)의 정의가 노인장기요양보험법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정 따라 변경된 경우에는 장기요양등급을 판정하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용

합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 계약내용에 상응하는 「장기요양등급」과 관련된 새로운 보장내용으로 변경할 수 있으며, 이 경우 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정 또는 폐지 등에 따라 「장기요양등급 판정기준」이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정 등에 따라 「장기요양등급 판정기준」의 변경으로 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당하는 장기요양등급 판정이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정 등에 따라 "계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등"의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

예 시

장기요양등급 판정기준이 현행 1~5등급에서 신체장애등급과 정신장애등급으로 변경되는 경우 등

- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과 보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제7조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 장기요양인정서, 장기요양급여비용명세서, 장기요양급여 제공 기록지, 장기요양급여 제공 확인서(회사양식) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 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 의료관법에서 정한 의료기관 또는 노인장기요양보험법 제2조(정의) 제4호

에서 규정한 장기요양기관에서 발급한 것이어야 합니다. 단, 장기요양인정서는 국민건강 보험공단에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제9조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 더 이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

제2장. 치매관련 특별약관

1. 경도치매진단비(CDR1점이상) 특별약관

1-1. 경도치매진단비(CDR1점이상) 특별약관

1-2. 경도치매진단비(CDR1점이상)(간편가입) 특별약관

1-1은 일반심사형으로 운영하며,
1-2는 간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 경도치매진단비(CDR1점이상) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 질병 또는 상해로 인해 제2조(「경도이상치매상태」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「경도이상치매상태」로 진단 확정되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
경도치매진단비(CDR1점이상)	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「경도이상치매상태」의 정의 및 진단확정)

- ① 「경도이상치매상태」라 함은 피보험자가 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여 「경도이상 인지기능의 장애」가 발생한 상태를 말합니다.
- ② 제1항에서 정한 「경도이상 인지기능의 장애」라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사결과가 1점 이상(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태로서 그 상태가 발생시점으로부터 90일이상 계속되어 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다. 다만, 피보험자가 장래에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 경우 그 진단일로부터 90일이 경과하기 전이라도 「경도이상치매상태」로 최종 진단 확정될 수 있습니다.

CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)

치매관련 전문가가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.

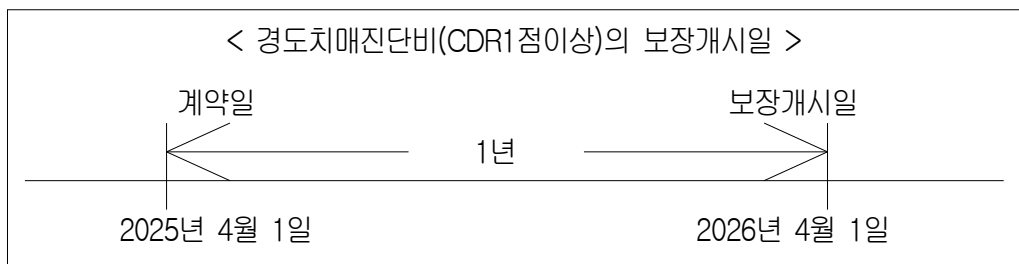
- ③ 「경도이상치매상태」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정

신건강의학과 또는 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의하며, 진단일로부터 90일이 경과된 이후에 회사가 피보험자의 「경도이상치매상태」가 계속 지속되었음을 확인함으로써 진단 확정됩니다.

- ④ 제3항의 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다. 회사는 치매상태의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 경도치매진단비(CDR1점이상)의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 치매가 없는 상태에서 상해로 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 치매상태가 발생한 경우 계약일을 치매보장개시일로 합니다.



- ② 제2조(「경도이상치매상태」의 정의 및 진단확정)에 따라 보험기간 중 치매로 진단 확정 및 CDR 1점이상에 해당하는 상태가 되고, 그 상태가 90일이상 계속되어 보험기간이 만료된 후 「경도이상 인지기능의 장애」가 발생하더라도 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 경도이상치매진단비(CDR1점이상)를 지급합니다.
- ③ 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.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- ② 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 아래의 사유로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 정신분열증이나 우울증과 같은 정신질환이 영향을 미친 인지기능의 장애
 2. 의사의 처방에 의하지 않은 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애
 3. 알코올 중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
 4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제5조(특별약관의 무효)

- ① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제24조(계약의 무효)를 따릅니다.
- ② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「경도이상치매상태」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「경도이상치매상태」로 진단 확정되어 있는 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 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 경도치매진단비(CDR1점이상) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적합한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

2. 중등도치매진단비(CDR2점이상) 특별약관

2-1. 중등도치매진단비(CDR2점이상) 특별약관

2-2. 중등도치매진단비(CDR2점이상)(간편가입) 특별약관

2-1은 일반심사형으로 운영하며,
2-2는 간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 중등도치매진단비(CDR2점이상) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 질병 또는 상해로 인해 제2조(「중등도이상치매상태」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「중등도이상치매상태」로 진단 확정되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
중등도치매진단비(CDR2점이상)	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「중등도이상치매상태」의 정의 및 진단확정)

- ① 「중등도이상치매상태」라 함은 피보험자가 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여 「중등도이상 인지기능의 장애」가 발생한 상태를 말합니다.
- ② 제1항에서 정한 「중등도이상 인지기능의 장애」라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사결과가 2점 이상(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태로서 그 상태가 발생시점으로부터 90일이상 계속되어 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다. 다만, 피보험자가 장애에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 경우 그 진단일로부터 90일이 경과하기 전이라도 「중등도이상치매상태」로 최종 진단 확정될 수 있습니다.

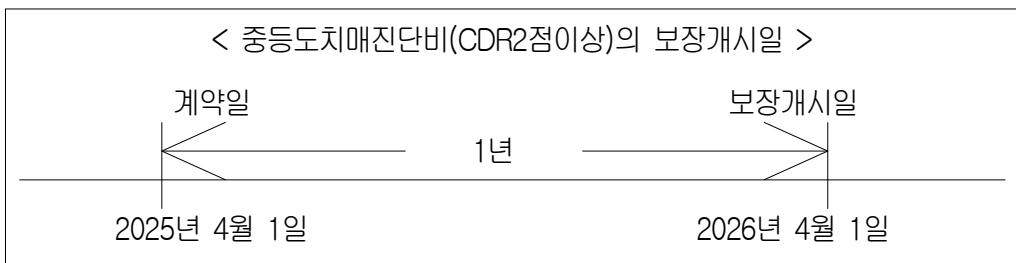
CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)

치매관련 전문가가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.

- ③ 「중등도이상치매상태」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이거나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 또는 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의하며, 진단일로부터 90일이 경과된 이후에 회사가 피보험자의 「중등도이상치매상태」가 계속 지속되었음을 확인함으로써 진단 확정됩니다.
- ④ 제3항의 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다. 회사는 치매상태의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 중등도치매진단비(CDR2점이상)의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 치매가 없는 상태에서 상해로 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 치매상태가 발생한 경우 계약일을 치매보장개시일로 합니다.



- ② 제2조(「중등도이상치매상태」의 정의 및 진단확정)에 따라 보험기간 중 치매로 진단 확정 및 CDR 2점이상에 해당하는 상태가 되고, 그 상태가 90일이상 계속되어 보험기간이 만료된 후 「중등도이상 인지기능의 장애」가 발생하더라도 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 중등도치매진단비(CDR2점이상)를 지급합니다.
- ③ 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.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- ② 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 아래의 사유로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 정신분열증이나 우울증과 같은 정신질환이 영향을 미친 인지기능의 장애
 2. 의사의 처방에 의하지 않은 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애
 3. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
 4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제5조(특별약관의 무효)

- ① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제24조(계약의 무효)를 따릅니다.
- ② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「중등도이상치매상태」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「중등도이상치매상태」로 진단 확정되어 있는 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 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 중등도치매진단비(CDR2점이상) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보

«의료 및 해약환급금 산출방법서»에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

3. 중증치매진단비(CDR3점이상) 특별약관

3-1. 중증치매진단비(CDR3점이상) 특별약관

3-2. 중증치매진단비(CDR3점이상)(간편가입) 특별약관

3-1은 일반심사형으로 운영하며,
3-2는 간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 중증치매진단비(CDR3점이상) : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해로 인해 제2조(「중증치매상태」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「중증치매상태」로 진단 확정되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
중증치매진단비(CDR3점이상)	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「중증치매상태」의 정의 및 진단확정)

- ① 「중증치매상태」라 함은 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여 「중증 인지기능의 장애」가 발생한 상태를 말합니다.
- ② 제1항에서 정한 「중증 인지기능의 장애」라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사결과가 3점 이상(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태로서 그 상태가 발생시점으로부터 90일이상 계속되어 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다. 다만, 피보험자가 장애에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 경우 그 진단일로부터 90일이 경과하기 전이라도 「중증치매상태」로 최종 진단 확정될 수 있습니다.

CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)

치매관련 전문가가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.

- ③ 「중증치매상태」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 또는 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의하며, 진단일로부터 90일이 경과된 이후에 회사가 피보험자의 「중증치매상태」가 계속 지속되었음을 확인함으로써 진단 확정됩니다.
- ④ 제3항의 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다. 회사는 치매상태의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제2조(「중증치매상태」의 정의 및 진단확정)에 따라 보험기간 중 치매로 진단 확정 및 CDR 3점이상에 해당하는 상태가 되고, 그 상태가 90일이상 계속되어 보험기간이 만료된 후 「중증 인지기능의 장애」가 발생하더라도 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 중증치매진단비(CDR3점이상)를 지급합니다.
- ② 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.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

② 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 아래의 사유로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신분열증이나 우울증과 같은 정신질환이 영향을 미친 인지기능의 장애
2. 의사의 처방에 의하지 않은 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애
3. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 중증치매진단비(CDR3점이상) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

4. 중등도치매진단비(CDR2점이상)(체증형) 특별약관

4-1. 중등도치매진단비(CDR2점이상)(체증형) 특별약관

4-2. 중등도치매진단비(CDR2점이상)(체증형)(간편가입) 특별약관

4-1은 일반심사형으로 운영하며,
4-2는 간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 중등도치매진단비(CDR2점이상)(체증형) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 질병 또는 상해로

인해 제2조(「중등도이상치매상태」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「중등도이상치매상태」로 진단 확정되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	진단연령	지급금액
중등도 치매진단비 (CDR2점이상) (체증형)	80세미만	이 특별약관 보험가입금액의 100%
	80세이상 85세미만	이 특별약관 보험가입금액의 200%
	85세이상	이 특별약관 보험가입금액의 300%

제2조(「중등도이상치매상태」의 정의 및 진단확정)

- ① 「중등도이상치매상태」라 함은 피보험자가 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여 「중등도이상 인지기능의 장애」가 발생한 상태를 말합니다.
- ② 제1항에서 정한 「중등도이상 인지기능의 장애」라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사결과가 2점 이상(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태로서 그 상태가 발생 시점으로부터 90일이상 계속되어 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다. 다만, 피보험자가 장애에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 경우 그 진단일로부터 90일이 경과하기 전이라도 「중등도이상치매상태」로 최종 진단 확정될 수 있습니다.

CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)

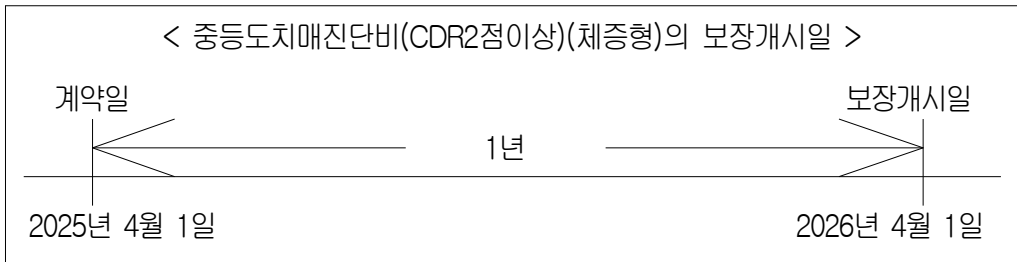
치매관련 전문가가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.

- ③ 「중등도이상치매상태」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 또는 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의하며, 그 진단일로부터 90일이 경과된 이후에 회사가 피보험자의 「중등도이상치매상태」가 계속 지속되었음을 확인함으로써 진단 확정됩니다.
- ④ 제3항의 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다. 회사는 치매상태의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 중등도치매진단비(CDR2점이상)(체증형)의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 치매가 없는 상

태에서 상해로 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 치매상태가 발생한 경우 계약일을 치매 보장개시일로 합니다.



- ② 제2조(「중등도이상치매상태」의 정의 및 진단확정)에 따라 보험기간 중 치매로 진단 확정 및 CDR 2점이상에 해당하는 상태가 되고, 그 상태가 90일이상 계속되어 보험기간이 만료된 후 「중등도이상 인지기능의 장애」가 발생하더라도 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 중등도이상치매진단비(CDR2점이상)(체증형)를 지급합니다.
- ③ 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.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- ② 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 아래의 사유로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 정신분열증이나 우울증과 같은 정신질환이 영향을 미친 인지기능의 장애
 2. 의사의 처방에 의하지 않은 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애
 3. 알코올 중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
 4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제5조(특별약관의 무효)

- ① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제24조(계약의 무효)를 따릅니다.
- ② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「중등도이상치매상태」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「중등도이상치매상태」로 진단 확정되어 있는 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 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 중등도치매진단비(CDR2점이상)(체증형) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

5. 중증치매진단비(CDR3점이상)(체증형) 특별약관

5-1. 중증치매진단비(CDR3점이상)(체증형) 특별약관

5-2. 중증치매진단비(CDR3점이상)(체증형)(간편가입) 특별약관

5-1은 일반심사형으로 운영하며,
5-2는 간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 중증치매진단비(CDR3점이상)(체증형) : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해로 인해 제2조(「중증치매상태」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「중증치매상태」로 진단 확정되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	진단연령	지급금액
중증치매진단비 (CDR3점이상) (체증형)	80세미만	이 특별약관 보험가입금액의 100%
	80세이상 85세미만	이 특별약관 보험가입금액의 200%
	85세이상	이 특별약관 보험가입금액의 300%

제2조(「중증치매상태」의 정의 및 진단확정)

- ① 「중증치매상태」라 함은 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여 「중증 인지기능의 장애」가 발생한 상태를 말합니다.
- ② 제1항에서 정한 「중증 인지기능의 장애」라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사결과가 3점 이상(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태로서 그 상태가 발생시점으로부터 90일이상 계속되어 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다. 다만, 피보험자가 장애에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 경우 그 진단일로부터 90일이 경과하기 전이라도 「중증치매상태」로 최종 진단 확정될 수 있습니다.

CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)

치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.

- ③ 「중증치매상태」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 또는 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의하며, 그 진단일로부터 90일이 경과된 이후에 회사가 피보험자의 「중증치매상태」가 계속 지속되었음을 확인함으로써 진단 확정됩니다.
- ④ 제3항의 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감

별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다. 회사는 치매상태의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제2조(「중증치매상태」의 정의 및 진단확정)에 따라 보험기간 중 치매로 진단 확정 및 CDR 3점이상에 해당하는 상태가 되고, 그 상태가 90일이상 계속되어 보험기간이 만료된 후 「중증 인지기능의 장애」가 발생하더라도 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 중증치매진단비(CDR3점이상)(체증형)를 지급합니다.
- ② 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.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- ② 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 아래의 사유로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 정신분열증이나 우울증과 같은 정신질환이 영향을 미친 인지기능의 장애
 2. 의사의 처방에 의하지 않은 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애
 3. 알코올 중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
 4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 중증치매진단비(CDR3점이상)(체증형) 지급사

유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

- ② 피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

6. 경증알츠하이머치매진단비 특별약관

6-1. 경증알츠하이머치매진단비 특별약관

6-2. 경증알츠하이머치매진단비(간편가입) 특별약관

6-1은 일반심사형으로 운영하며,
6-2는 간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 경증알츠하이머치매진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 질병 또는 상해로 인해 제2조(「경도이상알츠하이머치매상태」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「경도이상알츠하이머치매상태」로 진단 확정되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
경증알츠하이머치매진단비	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「경도이상알츠하이머치매상태」의 정의 및 진단확정)

- ① 「경도이상알츠하이머치매상태」라 함은 피보험자가 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여 「알츠하이머치매 분류표」(【별표10】참조)에 해당하는 알츠하이머치매로 진단확정 받고 「경도이상 인지기능의 장애」가 발생한 상태를 말합니다.
- ② 제1항에서 정한 「경도이상 인지기능의 장애」라 함은 CDR척도(Clinical dementia

rating scale, 2001년)의 검사결과가 1점 이상(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태로서 그 상태가 발생시점으로부터 90일 이상 계속되어 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다. 다만, 피보험자가 장래에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 경우 그 진단일로부터 90일이 경과하기 전이라도 「경도이상알츠하이머치매상태」로 최종 진단 확정될 수 있습니다.

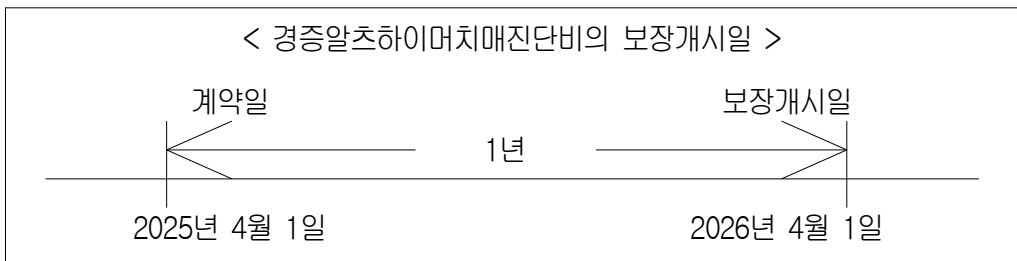
CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)

치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.

- ③ 「경도이상알츠하이머치매상태」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 또는 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의하며, 진단일로부터 90일이 경과된 이후에 회사가 피보험자의 「경도이상알츠하이머치매상태」가 계속 지속되었음을 확인함으로써 진단 확정됩니다.
- ④ 제3항의 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다. 회사는 치매상태의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 경증알츠하이머치매진단비의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 치매가 없는 상태에서 상해로 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 치매상태가 발생한 경우 계약일을 치매보장개시일로 합니다.



- ② 제2조(「경도이상알츠하이머치매상태」의 정의 및 진단확정)에 따라 보험기간 중 알츠하이머치매로 진단 확정 및 CDR 1점 이상에 해당하는 상태가 되고, 그 상태가 90일 이상 계속되어 보험기간이 만료된 후 「경도이상 인지기능의 장애」가 발생하더라도 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 경증알츠하이머치매진단비를 지급합니다.
- ③ 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.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

② 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 아래의 사유로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신분열증이나 우울증과 같은 정신질환이 영향을 미친 인지기능의 장애
2. 의사의 처방에 의하지 않은 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애
3. 알코올 중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제5조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제24조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「경도이상알츠하이머치매상태」의 정의 및 진단 확정)에서 정한 「경도이상알츠하이머치매상태」로 진단 확정되어 있는 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 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만,

이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 경증알츠하이머치매진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

7. 중증알츠하이머치매진단비 특별약관

7-1. 중증알츠하이머치매진단비 특별약관

7-2. 중증알츠하이머치매진단비(간편가입) 특별약관

7-1은 일반심사형으로 운영하며,
7-2는 간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 중증알츠하이머치매진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해로 인해 제2조(「중증알츠하이머치매상태」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「중증알츠하이머치매상태」로 진단 확정되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
중증알츠하이머치매진단비	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「중증알츠하이머치매상태」의 정의 및 진단확정)

- ① 「중증알츠하이머치매상태」라 함은 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여 「알츠하이머치매 분류표」(【별표10】참조)에 해당하는 알츠하이머치매로 진단확정 받고, 「중증 인지기능의 장애」가 발생한 경우를 말합니다.
- ② 제1항에서 정한 「중증 인지기능의 장애」라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사결과가 3점 이상(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태로서 그 상태가 발생시점으로부터 90일이상 계속되어 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다. 다만, 피보험자가 장애에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 경우 그 진단일로부터 90일이 경과하기 전이라도 「중증알츠하이머치매상태」로 최종 진단 확정될 수 있습니다.

CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)

치매관련 전문가가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.

- ③ 「중증알츠하이머치매상태」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 또는 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의하며, 진단일로부터 90일이 경과된 이후에 회사가 피보험자의 「중증알츠하이머치매상태」가 계속 지속되었음을 확인함으로써 진단 확정됩니다.
- ④ 제3항의 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다. 회사는 치매상태의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제2조(「중증알츠하이머치매상태」의 정의 및 진단확정)에 따라 보험기간 중 알츠하이머치매로 진단 확정 및 CDR 3점이상에 해당하는 상태가 되고, 그 상태가 90일 이상 계속되어 보험기간이 만료된 후 「중증 인지기능의 장애」가 발생하더라도 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 중증알츠하이머치매진단비를 지급합니다.
- ② 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.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않

습니다.

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

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- ② 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 아래의 사유로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 정신분열증이나 우울증과 같은 정신질환이 영향을 미친 인지기능의 장애
 2. 의사의 처방에 의하지 않은 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애
 3. 알코올 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
 4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 중증알츠하이머치매진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

8. 경증혈관성치매진단비 특별약관

8-1. 경증혈관성치매진단비 특별약관

8-2. 경증혈관성치매진단비(간편가입) 특별약관

8-1은 일반심사형으로 운영하며,
8-2는 간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 경증혈관성치매진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 질병 또는 상해로 인해 제2조(「경도이상혈관성치매상태」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「경도이상혈관성치매상태」로 진단 확정되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
경증혈관성치매진단비	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「경도이상혈관성치매상태」의 정의 및 진단확정)

- ① 「경도이상혈관성치매상태」라 함은 피보험자가 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여 「혈관성치매 분류표」(【별표11】참조)에 해당하는 혈관성치매로 진단확정 받고 「경도이상 인지기능의 장애」가 발생한 상태를 말합니다.
- ② 제1항에서 정한 「경도이상 인지기능의 장애」라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사결과가 1점 이상(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태로서 그 상태가 발생시점으로부터 90일이상 계속되어 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다. 다만, 피보험자가 장래에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 경우 그 진단일로부터 90일이 경과하기 전이라도 「경도이상혈관성치매상태」로 최종 진단 확정될 수 있습니다.

CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)

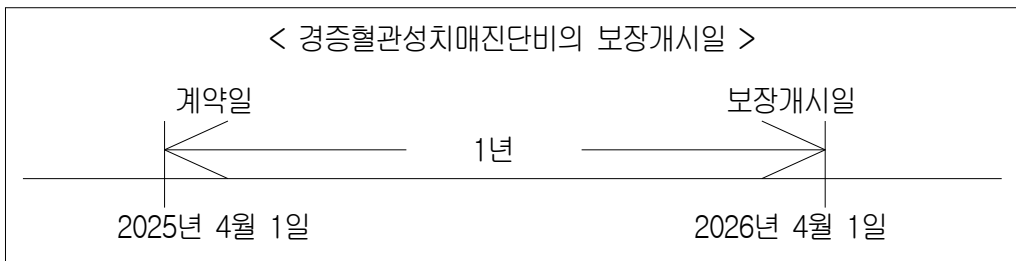
치매관련 전문가가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.

- ③ 「경도이상혈관성치매상태」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 또는 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의하며, 그 진단일로부터 90일이 경과된 이후에 회사가 피보험자의 「경도이상혈관성치매상태」가 계속 지속되었음을 확인함으로써 진단 확정됩니다.
- ④ 제3항의 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심

리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다. 회사는 치매상태의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 경증혈관성치매진단비의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 치매가 없는 상태에서 상해로 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 치매상태가 발생한 경우 계약일을 치매보장개시일로 합니다.



- ② 제2조(「경도이상혈관성치매상태」의 정의 및 진단확정)에 따라 보험기간 중 혈관성치매로 진단 확정 및 CDR 1점이상에 해당하는 상태가 되고, 그 상태가 90일 이상 계속되어 보험기간이 만료된 후 「경도이상 인지기능의 장애」가 발생하더라도 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 경증혈관성치매진단비를 지급합니다.
- ③ 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.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

② 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 아래의 사유로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신분열증이나 우울증과 같은 정신질환이 영향을 미친 인지기능의 장애
2. 의사의 처방에 의하지 않은 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애
3. 알코올 중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제5조(특별약관의 무효)

- ① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제24조(계약의 무효)를 따릅니다.
- ② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「경도이상혈관성치매상태」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「경도이상혈관성치매상태」로 진단 확정되어 있는 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 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 경증혈관성치매진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적합한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

9. 중증혈관성치매진단비 특별약관

9-1. 중증혈관성치매진단비 특별약관

9-2. 중증혈관성치매진단비(간편가입) 특별약관

9-1은 일반심사형으로 운영하며,
9-2는 간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 중증혈관성치매진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해로 인해 제2조(「중증혈관성치매상태」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「중증혈관성치매상태」로 진단 확정되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
중증혈관성치매진단비	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「중증혈관성치매상태」의 정의 및 진단확정)

- ① 「중증혈관성치매상태」라 함은 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여 「혈관성치매 분류표」(【별표11】참조)에 해당하는 혈관성치매로 진단확정 받고, 「중증 인지기능의 장애」가 발생한 경우를 말합니다.
- ② 제1항에서 정한 「중증 인지기능의 장애」라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사결과가 3점 이상(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태로서 그 상태가 발생시점으로부터 90일이상 계속되어 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다. 다만, 피보험자가 장애에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 경우 그 진단일로부터 90일이 경과하기 전이라도 「중증혈관성치매상태」로 최종 진단 확정될 수 있습니다.

CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)

치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.

- ③ 「중증혈관성치매상태」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 또는 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의하며, 그 진단일로부터 90일이 경과된 이후에 회사가 피보험자의 「중증혈관성치매상태」가 계속 지속되었음을 확인함으로써 진단 확정됩니다.
- ④ 제3항의 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았더라도 다른 검사에

의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다. 회사는 치매상태의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제2조(「중증혈관성치매상태」의 정의 및 진단확정)에 따라 보험기간 중 혈관성치매로 진단 확정 및 CDR 3점이상에 해당하는 상태가 되고, 그 상태가 90일 이상 계속되어 보험기간이 만료된 후 「중증 인지기능의 장애」가 발생하더라도 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 중증혈관성치매진단비를 지급합니다.
- ② 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.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- ② 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 아래의 사유로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 정신분열증이나 우울증과 같은 정신질환이 영향을 미친 인지기능의 장애
 2. 의사의 처방에 의하지 않은 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애
 3. 알코올 중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
 4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 중증혈관성치매진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

- ② 피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

10. 중증치매 I 산정특례대상보장 특별약관

10-1. 중증치매 I 산정특례대상보장 특별약관

10-2. 중증치매 I 산정특례대상보장(간편가입) 특별약관

10-1은 일반심사형으로 운영하며,
10-2는 간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 중증치매 I 산정특례대상보장보험금 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보장개시일 이후에 상해 또는 진단확정 된 질병으로 인해 「중증치매 I」으로 진단확정되고, 그 「중증치매 I」을 직접적인 원인으로 보험기간 중 「산정특례 신규등록」 되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
중증치매 I 산정특례대상보장보험금	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「중증치매 I」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「중증치매 I」이라 함은 「중증치매 I 분류표」(【별표13-1】참조)에서 정한 질병을 말합니다.

본인일부부담금 산정특례 제도

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 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도

- ② 「중증치매 I」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 개정으로 산정특례적용 기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

중증치매 I 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간

- 「중증치매 산정특례대상」에 해당하는 사람은 의사가 중증치매로 확진한 경우 "건강보험 산정특례 등록 신청서"를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다.
- 중증치매의 산정특례는 확진된 날로부터 30일(토요일, 공휴일 포함) 이내 공단에 등록 신청한 경우에는 확진일로부터 소급하여 5년간 적용하며, 30일 이후에 신청한 경우에는 신청일로부터 5년간 적용이 됩니다.

제3조(「산정특례 신규등록」의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 "산정특례 신규등록"이라 함은 보험기간 중에 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제7조에 의해 건강보험 산정특례 등록신청서를 국민건강보험공단 또는 요양기관에 제출하여 「중증치매 I 산정특례대상 분류표」(【별표13-2】참조)에서 정한 산정특례대상으로 등록된 경우를 말합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제8조에 의한 산정특례 재등록은 보장에서 제외합니다.

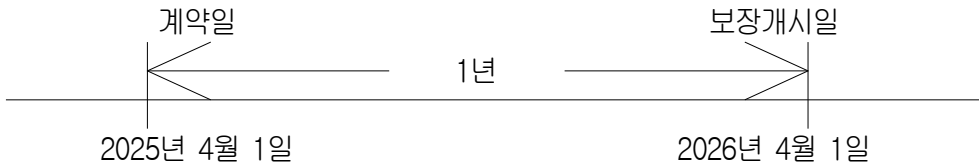
중증치매 I 산정특례 재등록

「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제8조(산정특례 재등록) 건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 등록한 중증난치질환자가 특례기간 종료시점에 등록된 중증난치질환자의 잔존이 확인되는 경우로서 해당 질환으로 계속 치료중인 경우 산정특례 재등록을 신청할 수 있다.

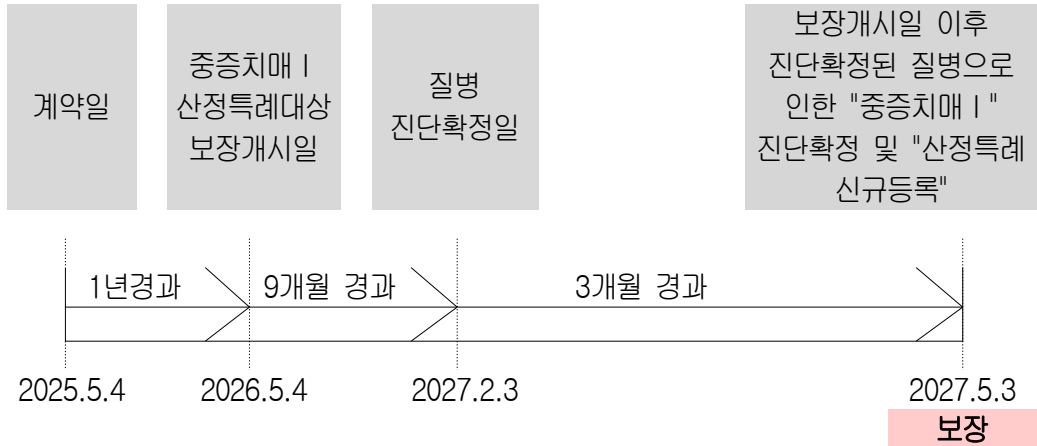
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 중증치매 I 산정특례대상보장의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 치매가 없는 상태에서 상해로 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 치매상태가 발생한 경우 계약일을 치매보장개시일로 합니다.

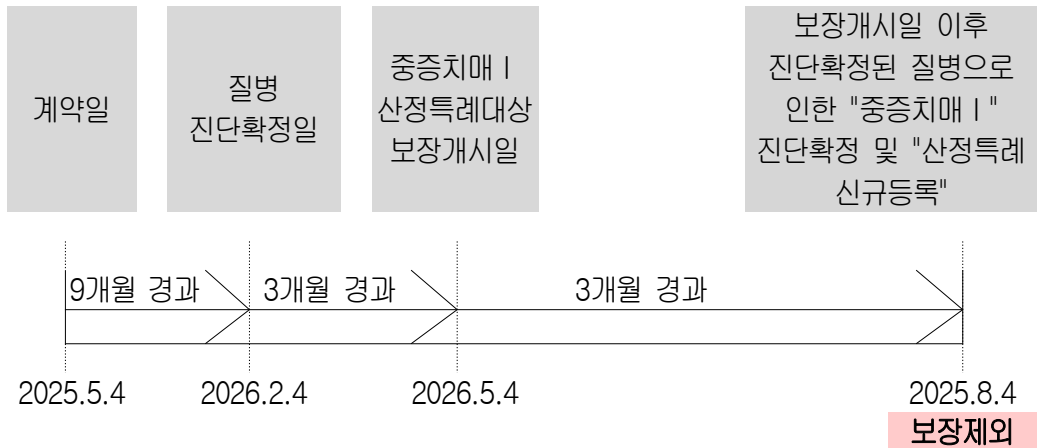
< 중증치매 I 산정특례대상보장의 보장개시일 >



[예시1] 보장개시일 이후 진단확정된 질병으로 인한 경우 보장



[예시2] 보장개시일 이전 진단확정된 질병으로 인한 경우 미보장



- 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.
- ③ 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 중증치매 I 산정특례대상 등록이 취소되는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증치매 I

산정특례대상보장보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 “국민건강보험법” 및 관련 법령(이하 「법령」이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당하는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 「중증치매 I 산정특례」와 관련된 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경 할 수 있습니다.
 1. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 등이 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제도의 변경으로 「중증치매 I 산정특례대상」 신청이 불가능한 경우
 3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 "계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등"의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 알려 드립니다.
- ④ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용, 보험가입금액 및 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과 보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을)금액이 발생할 수 있으며, 이를 계약 체결시 계약자에게 안내합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.
- ⑦ 제2항 내지 제6항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액을 지급합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

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 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

제7조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서
산정특례 등록여부를 확인할수 있는 서류(진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명 수가코드 등 기입), 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일 등), 진료비계산서(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 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(특별약관의 무효)

- ① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제24조(계약의 무효)를 따릅니다.
- ② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「중증치매 I」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「중증치매 I」로 진단 확정되어 있는 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 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제10조(특별약관의 소멸)

- ① 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증치매 I 산정특례대상보장보험금이 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 더이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

11. 중증치매 II 산정특례대상보장 특별약관

11-1. 중증치매 II 산정특례대상보장 특별약관

11-2. 중증치매 II 산정특례대상보장(간편가입) 특별약관

11-1은 일반심사형으로 운영하며,
11-2는 간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 중증치매 II 산정특례대상보장보험금 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보장개시일 이후에 상해 또는 진단확정 된 질병으로 인해 「중증치매 II」으로 진단확정되고, 그 「중증치매 II」을 직접적인 원인으로 보험기간 중 「산정특례 신규등록」 되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
중증치매 II 산정특례대상보장보험금	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「중증치매 II」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「중증치매 II」이라 함은 「중증치매 II 분류표」(【별표14-1】참조)에서 정한 질병을 말합니다.

본인일부부담금 산정특례 제도

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 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도

- ② 「중증치매 II」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 개정으로 산정특례적용 기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

중증치매Ⅱ 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간

- 「중증치매 산정특례대상」에 해당하는 사람은 의사가 중증치매로 확진한 경우 "건강보험 산정특례 등록 신청서"를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다.
- 중증치매의 산정특례는 확진된 날로부터 30일(토요일, 공휴일 포함) 이내 공단에 등록 신청한 경우에는 확진일로부터 소급하여 5년간 적용하며, 30일 이후에 신청한 경우에는 신청일로부터 5년간 적용이 됩니다. 단, 【별표14-1】(중증치매Ⅱ 분류표)에 해당하는 상병으로 진단 받은 경우 연 최대 60일내에서 적용 가능하고 병원급 이상 의료기관(의료법 제3조제2항제3호라목의 요양병원 제외)에서 신경과 또는 정신과 전문의가 의료적으로 필요하다고 인정한 경우 추가적으로 60일 적용 가능합니다.

제3조(「산정특례 신규등록」의 정의)

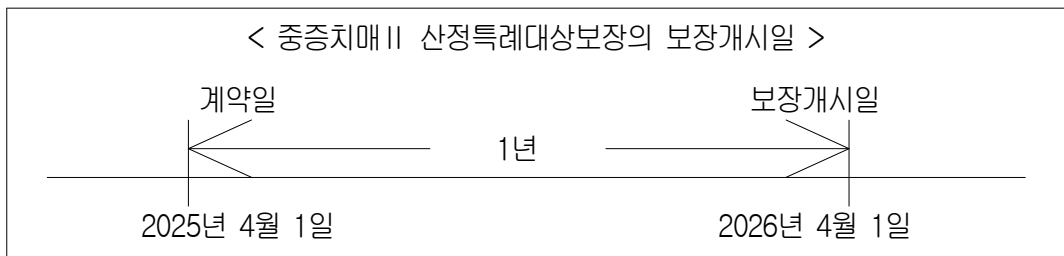
- ① 이 특별약관에 있어서 "산정특례 신규등록"이라 함은 보험기간 중에 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제7조에 의해 건강보험 산정특례 등록신청서를 국민건강보험공단 또는 요양기관에 제출하여 「중증치매Ⅱ 산정특례대상 분류표」(【별표14-2】참조)에서 정한 산정특례대상으로 등록된 경우를 말합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제8조에 의한 산정특례 재등록은 보장에서 제외합니다.

중증치매Ⅱ 산정특례 재등록

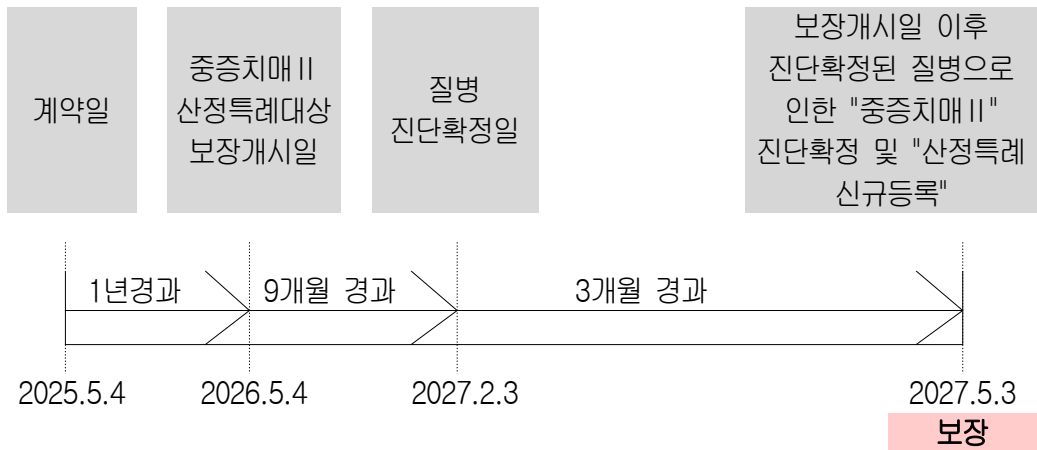
「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제8조(산정특례 재등록) 건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 등록한 중증난치질환자가 특례기간 종료시점에 등록된 중증난치질환자의 잔존이 확인되는 경우로서 해당 질환으로 계속 치료중인 경우 산정특례 재등록을 신청할 수 있다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

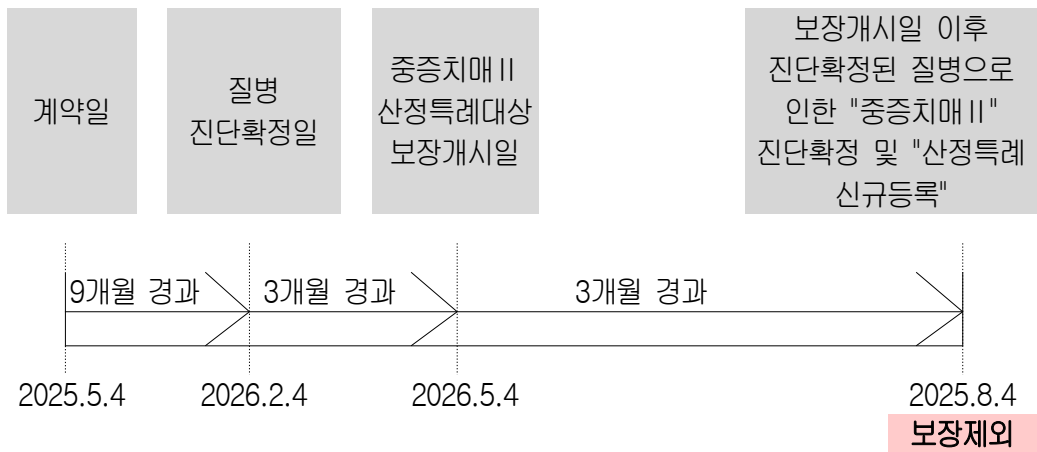
- ① 제1조(보험금의 지급사유) 중증치매Ⅱ 산정특례대상보장의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 치매가 없는 상태에서 상해로 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 치매상태가 발생한 경우 계약일을 치매보장개시일로 합니다.



[예시1] 보장개시일 이후 진단확정된 질병으로 인한 경우 보장



[예시2] 보장개시일 이전 진단확정된 질병으로 인한 경우 미보장



- 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.
- ③ 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 중증치매 II 산정특례대상 등록이 취소되는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증치매 II 산정특례대상보장보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 “국민건강보험법” 및 관련 법령(이하 「법령」이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당하는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 「중증치매Ⅱ 산정특례」와 관련된 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경 할 수 있습니다.
1. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 등이 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제도의 변경으로 「중증치매Ⅱ 산정특례대상」 신청이 불가능한 경우
 3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 "계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등"의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 알려 드립니다.
- ④ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용, 보험가입금액 및 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과 보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을)금액이 발생할 수 있으며, 이를 계약 체결시 계약자에게 안내합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.
- ⑦ 제2항 내지 제6항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액을 지급합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

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 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

제7조(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), 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일 등), 진료비계산서(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 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(특별약관의 무효)

- ① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제24조(계약의 무효)를 따릅니다.
- ② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「중증치매Ⅱ」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「중증치매Ⅱ」로 진단 확정되어 있는 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 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제10조(특별약관의 소멸)

- ① 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증치매Ⅱ 산정특례대상장해보험금이 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 더이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적용한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

12. 치매입원비(1일-90일) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 치매입원비(1일-90일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「치매」의 정의 및 진단확정)의 「치매」로 진단확정 되고, 그 치매의 치료를 직접적인 목적으로 1일이상 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일째부터 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
치매입원비(1일-90일)	입원 1일당 이 특별약관 보험가입금액(90일한도)

제2조(「치매」의 정의 및 진단확정)

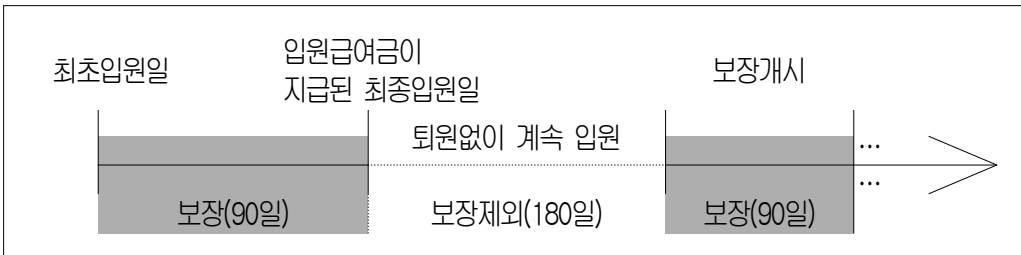
- ① 「치매」라 함은 「치매 분류표」(【별표12】참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② 「치매」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제3조(「입원」의 정의와 장소)

- ① 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 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에 있어서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원」이란 의사에 의해 질병으로 진단된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 치매입원비(1일-90일) 지급일수는 1회 입원당 90일을 한도로 합니다.
- ② 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 치매입원비(1일-90일)가 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
- ③ 다음과 같이 치매입원비(1일-90일)가 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 치매입원비(1일-90일)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 치매입원비(1일-90일)를 보장하여 드립니다. 단, 이 경우 제3항은 적용하지 않습니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 치매입원비(1일-90일)의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 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.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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
 - 5. 이 약관에서 정한 치매(「치매 분류표」, 【별표12】 참조)를 제외한 정신적 기능장해
 - 6. 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

13. 보험료납입지원보장(경도치매진단(CDR1점이상)) 특별약관

13-1. 보험료납입지원보장(경도치매진단(CDR1점이상)) 특별약관

13-2. 보험료납입지원보장(경도치매진단(CDR1점이상))(간편가입) 특별약관

13-1은 일반심사형으로 운영하며,
13-2는 간편심사형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험료납입지원금(경도치매진단(CDR1 점이상)) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조 (보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 질병 또는 상해로 인해 제2조(「경도이상치매상태」의 정의 및 진단 확정)에서 정한 「경도이상치매상태」로 진단 확정되었을 경우 최초 1회에 한하여 「보험료 납입지원기간」 동안 매년 보험금 지급사유 발생일에 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액	
	1회 지급액	지 급 방 법
보험료납입지원금(경도치매진단(CDR1점이상))	이 특별약관의 보험가입금액 ^{주)} × 「당해연도 납입지원 개월수」	보험료 납입지원기간동안 매년 보험금 지급사유 발생일에 지급금액 확정지급

주) 보험료납입지원금(경도치매진단(CDR1점이상))은 사고 당시 보험가입금액을 기준으로 계산합니다.

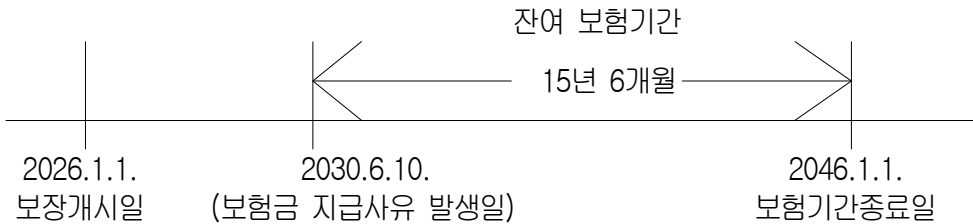
- ② 제1항의 「보험료 납입지원기간」 이라 함은 이 특별약관의 보험금 지급사유 발생일부터 이 특별약관의 보험기간 종료일 이전까지의 기간을 말합니다.
- ③ 제1항의 「당해연도 납입지원 개월수」 라 함은 이 특별약관의 보험금 지급사유 발생일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 보험금 지급사유 발생일(최초 보험금 지급사유 발생일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 월단위 기간(월단위 미만의 끝수는 버립니다)을 말합니다. 단, 보험기간 종료일이 포함되어 있는 당해연도의 경우, 보험기간 종료일 전일까지의 월단위 기간을 말합니다.

< 보험금 지급예시 >

2026년 1월 1일 계약체결 후, 2030년 6월 10일 보험금 지급사유 발생시
(20년만기 전기납, 사고당시 가입금액 10만원 기준)

① 보험료 납입지원기간 = 186개월 (15년 6개월)

② 보험료 납입지원금 총액 : 1860만원(10만원 * 186개월)



③ 지급예시

지급시기	당해연도 납입지원 개월수	지급금액
2030년 6월 10일	12개월(매년 동일)	120만원(12 * 10만원)
2031년 6월 10일	12개월(매년 동일)	120만원(12 * 10만원)
~	~	~
2044년 6월 10일	12개월(매년 동일)	120만원(12 * 10만원)
2045년 6월 10일	6개월	60만원(6 * 10만원)

제2조(「경도이상치매상태」의 정의 및 진단확정)

- ① 「경도이상치매상태」라 함은 피보험자가 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여 「경도이상 인지기능의 장애」가 발생한 상태를 말합니다.
- ② 제1항에서 정한 「경도이상 인지기능의 장애」라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사결과가 1점 이상(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태로서 그 상태가 발생시점으로부터 90일이상 계속되어 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다. 다만, 피보험자가 장애에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 경우 그 진단일로부터 90일이 경과하기 전이라도 「경도이상치매상태」로 최종 진단 확정될 수 있습니다.

CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)

치매관련 전문가가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.

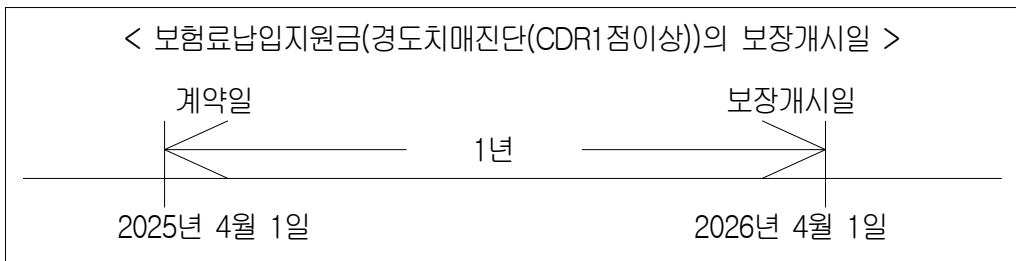
- ③ 「경도이상치매상태」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 또는 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의하며, 진단일로부터 90일이 경과된 이후에 회사가 피보험자의 「경도이상치매상태」가 계속 지속되었음

을 확인함으로써 진단 확정됩니다.

- ④ 제3항의 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다. 회사는 치매상태의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 보험료납입지원금(경도치매진단(CDR1점이상))의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 치매가 없는 상태에서 상해로 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 치매상태가 발생한 경우 계약일을 보장개시일로 합니다.



- ② 제2조(「경도이상치매상태」의 정의 및 진단확정)에 따라 보험기간 중 치매로 진단 확정 및 CDR 1점이상에 해당하는 상태가 되고, 그 상태가 90일이상 계속되어 보험기간이 만료된 후 「경도이상 인지기능의 장애」가 발생하더라도 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험료납입지원금(경도치매진단(CDR1점이상))을 지급합니다.
- ③ 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.
- ④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 보험료납입지원금(경도치매진단(CDR1점이상))은 보험수익자의 요청에 의하여 평균공시이율로 할인된 금액을 일시금으로 지급할 수 있습니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제5조(특별약관의 무효)

- ① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제24조(계약의 무효)를 따릅니다.

- ② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「경도이상치매상태」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「경도이상치매상태」로 진단 확정되어 있는 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 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 보험료납입지원금(경도치매진단(CDR1점이상)) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

14. 경도치매정기검진비(CDR1점이상)(10년)(6개월지급형) 특별약관
 14-1. 경도치매정기검진비(CDR1점이상)(10년)(6개월지급형) 특별약관
 14-2. 경도치매정기검진비(CDR1점이상)(10년)(6개월지급형)(간편가입)
 특별약관

14-1은 일반심사형으로 운영하며,
 14-2는 간편심사형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 경도치매정기검진비(CDR1점이상)(10년)(6개월지급형) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 질병 또는 상해로 인해 제2조(「경도이상치매상태」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「경도이상치매상태」로 진단 확정되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급사유가 발생한 날부터 10년동안 매6개월마다 지급사유 발생일(단, 해당월에 보험금 지급사유 발생일이 없는 경우 해당월의 마지막날로 합니다)에 지급

구 분	지 급 금 액
경도치매정기검진비(CDR1점이상)(10년) (6개월지급형)	이 특별약관 보험가입금액 × 20회

제2조(「경도이상치매상태」의 정의 및 진단확정)

- ① 「경도이상치매상태」라 함은 피보험자가 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여 「경도이상 인지기능의 장애」가 발생한 상태를 말합니다.
- ② 제1항에서 정한 「경도이상 인지기능의 장애」라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사결과가 1점 이상(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태로서 그 상태가 발생시점으로부터 90일이상 계속되어 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다. 다만, 피보험자가 장애에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 경우 그 진단일로부터 90일이 경과하기 전이라도 「경도이상치매상태」로 최종 진단 확정될 수 있습니다.

CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)

치매관련 전문가가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.

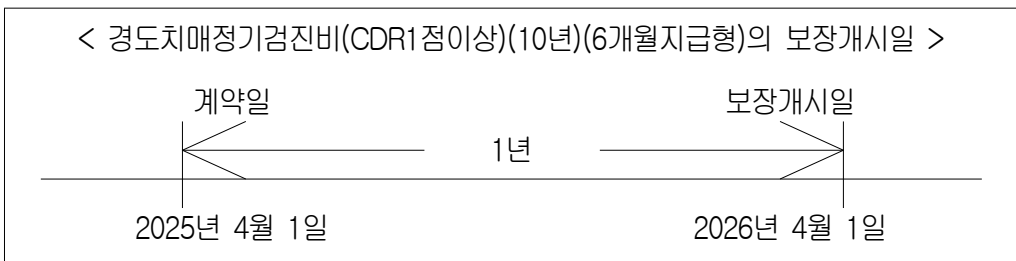
- ③ 「경도이상치매상태」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 또는 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의하며, 진단일로

부터 90일이 경과된 이후에 회사가 피보험자의 「경도이상치매상태」가 계속 지속되었음을 확인함으로써 진단 확정됩니다.

- ④ 제3항의 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다. 회사는 치매상태의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 경도치매정기검진비(CDR1점이상)(10년)(6개월지급형)의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 치매가 없는 상태에서 상해로 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 치매상태가 발생한 경우 계약일을 보장개시일로 합니다.



- ② 제2조(「경도이상치매상태」의 정의 및 진단확정)에 따라 보험기간 중 치매로 진단 확정 및 CDR 1점이상에 해당하는 상태가 되고, 그 상태가 90일이상 계속되어 보험기간이 만료된 후 「경도이상 인지기능의 장애」가 발생하더라도 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 경도이상치매진단비(CDR1점이상)를 지급합니다.
- ③ 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.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.

제5조(특별약관의 무효)

- ① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제24조(계약의 무효)를 따릅니다.
- ② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「경도이상치매상태」의 정의 및 진단확

정)에서 정한 「경도이상치매상태」로 진단 확정되어 있는 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 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제6조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 경도치매정기검진비(CDR1점이상)(10년)(6개월지급형) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

15. 표적치매약물허가치료비(최경증치매·경증알츠하이머치매)(갱신형_5년) 특별약관
- 15-1. 표적치매약물허가치료비(최경증치매·경증알츠하이머치매) (갱신형_5년) 특별약관
- 15-2. 표적치매약물허가치료비(최경증치매·경증알츠하이머치매) (간편가입)(갱신형_5년) 특별약관

15-1은 일반심사형으로 운영하며,
15-2는 간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 표적치매약물허가치료비(최경증치매·경증알츠하이머치매) : 아래 ‘가’ 내지 ‘다’항에 모두 해당되는 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급
 - 가. 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 1항에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 질병 또는 상해로 인해 제2조(「최경증치매상태」 및 「경증알츠하이머치매상태」의 정의 및 진단 확정)의 「최경증치매상태」 또는 「경증알츠하이머치매상태」로 진단 확정된 경우
 - 나. 제3조(「아밀로이드베타 적응증 상태」의 정의)의 「아밀로이드베타 적응증 상태」에 해당되는 경우
 - 다. 가.의 「최경증치매상태」 또는 「경증알츠하이머치매상태」의 직접적인 치료를 목적으로 제4조(「아밀로이드베타 표적약물허가치료제」의 정의)의 「아밀로이드 베타 표적약물허가치료제」의 투약 또는 투여를 7회 이상 받은 경우

구 분	지 급 금 액
표적치매약물허가치료비 (최경증치매·경증알츠하이머치매)	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「최경증치매상태」 및 「경증알츠하이머치매상태」의 정의 및 진단확정)

- ① 「최경증치매상태」라 함은 피보험자가 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여 「최경증 인지기능의 장애」가 발생한 상태를 말합니다.
- ② 「경증알츠하이머치매상태」라 함은 피보험자가 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여 「알츠하이머치매 분류표」(【별표10】참조)에 해당하는 알츠하이머 치매로 진단확정 받고 「경증 인지기능의 장애」가 발생한 상태를 말합니다.
- ③ 제1항에서 정한 「최경증 인지기능의 장애」라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating

scale, 2001년)의 검사결과가 0.5점(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태를 말합니다.

- ④ 제2항에서 정한 「경증 인지기능의 장애」라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사결과가 1점(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태를 말합니다.

CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)

치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.

- ⑤ 「최경증치매상태」 및 「경증알츠하이머치매상태」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 또는 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.
- ⑥ 제5항의 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다. 회사는 치매상태의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(「아밀로이드베타 적응증 상태」의 정의)

- ① 「아밀로이드베타 적응증 상태」라 함은 ‘아밀로이드베타(Aβ)’ 단백질이 침착된 정도를 평가하기 위한 의학적 검사의 결과가 ‘양성(Positive)’인 상태를 말합니다. 단, 양전자방출단층촬영(PET)검사의 경우, 그 결과가 ‘30 센틸로이드(Centiloid) 이상’인 상태를 말합니다.

아밀로이드베타(Aβ 또는 Abeta)

알츠하이머 환자의 뇌에서 발견되는 아밀로이드 플라크의 주성분으로서 알츠하이머 병에 결정적으로 관여하는 36-43개의 아미노산 펩타이드를 의미합니다.

센틸로이드(Centiloid)

알츠하이머병 연구와 임상에서 뇌의 아밀로이드 플라크 침착량을 표준화하여 측정하는 정량적 척도이며 0~100의 범위를 가집니다.

- ② 「아밀로이드베타 적응증 상태」의 판단은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 또는 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의해 내려져야 하며, 이 판단은 병력, 신경학적 검진과 함께 양전자방출단층촬영(PET), 뇌척수액검사, 혈액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

용어설명

[양전자 방출 단층술(PET)]

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

[뇌척수액 검사]

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

제4조(「아밀로이드베타 표적약물허가치료제」의 정의)

이 특별약관에 있어서 「아밀로이드베타 표적약물허가치료제」라 함은 의료법 제3조(의료기관)의 의료기관에서 정한 정신건강의학과 또는 신경과의 전문의 자격을 가진 자가 침착된 ‘아밀로이드베타(Aβ)’ 단백질을 제거하기 위해 사용하는 치료제로서, 식품의약품안전처에서 허가된 치료제를 말합니다.

아밀로이드베타 표적약물허가치료제 해당 성분명 안내

- 레카네맵(lecanevab)

※ 상기 치료제의 해당 성분명은 2024년 10월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소시 해당 내용이 변경될 수 있습니다.

제5조(「최경증이상치매상태」 및 「중등도이상치매상태」의 정의 및 진단확정)

- ① 「최경증이상치매상태」라 함은 피보험자가 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 1항에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여 「최경증이상 인지기능의 장애」가 발생한 상태를 말합니다.
- ② 「중등도이상치매상태」라 함은 피보험자가 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 1항에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여 「중등도이상 인지기능의 장애」가 발생한 상태를 말합니다.
- ③ 제1항에서 정한 「최경증이상 인지기능의 장애」라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사결과가 0.5점 이상(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태를 말합니다.
- ④ 제2항에서 정한 「중등도이상 인지기능의 장애」라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사결과가 2점 이상(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태를 말합니다.

CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)

치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.

- ⑤ 「최경증이상치매상태」 및 「중등도이상치매상태」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료

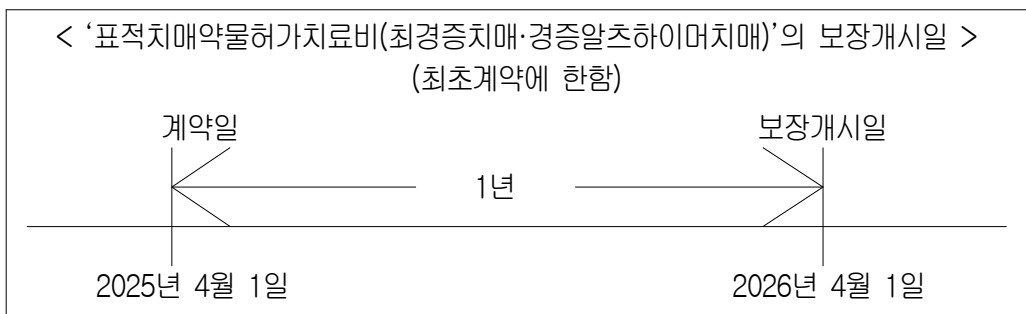
관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 또는 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

- ⑥ 제5항의 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다. 회사는 치매상태의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) ‘표적치매약물허가치료비(최경증치매·경증알츠하이머치매)’의 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다. 다만, 치매가 없는 상태에서 상해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 치매상태가 발생한 경우 계약일을 보장개시일로 합니다.

1. 최초계약의 경우 : 보험계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날
2. 갱신계약의 경우 : 이 특별약관의 갱신일



- ② 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.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수

정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

② 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 아래의 사유로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 정신분열증이나 우울증과 같은 정신질환이 영향을 미친 인지기능의 장애
2. 의사의 처방에 의하지 않은 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애
3. 알코올 중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제8조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서(CDR 또는 KCD코드 기입), 「아밀로이드베타 적응증 상태」를 확인할 수 있는 검사결과지, 「아밀로이드베타 표적약물허가치료제」 투약 또는 투여를 확인할 수 있는 서류(진단서, 진료확인서, 소견서 등))
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

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

제9조(특별약관의 무효)

① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제24조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제5조(「최경증이상치매상태」 및 「중등도이상치매상태」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「최경증이상치매상태」로 진단 확정되어 있는 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 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이

경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제11조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 표적치매약물허가치료비(최경증치매·경증알츠하이머치매) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 제5조(「최경증이상치매상태」 및 「중등도이상치매상태」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「중등도이상치매상태」로 진단 확정된 경우에는 이 보장도 소멸되며 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적용한 「중등도이상치매상태」로 진단 확정 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)하였을 경우에는 이 보장도 소멸되며 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적용한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제12조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

이 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제6장. 제도성 특별약관 중 7. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

16. 특정치매치료비(급여_연간1회한) 특별약관

16-1. 특정치매치료비(급여_연간1회한) 특별약관

16-2. 특정치매치료비(급여_연간1회한)(간편가입) 특별약관

16-1은 일반심사형으로 운영하며,
16-2는 간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 특정치매 치료비(급여_연간1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지

급에 관한 세부규정)에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「급여 특정치매 치료제」의 정의)에서 정한 「급여 특정치매 치료제」를 처방받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
특정치매 치료비(급여_연간1회한)	이 특별약관의 보험가입금액

제2조(「급여 특정치매 치료제」의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「급여 특정치매 치료제」라 함은 식품의약품안전처 예규 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호‘119(기타의 중추신경용약)’(예규 개정예따라 분류번호가 변경되는 경우‘기타의 중추신경용약’에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능·효과’항목에 치매의 치료제로 기재된 경우에 한하여 인정합니다. 다만, 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 기준을 따릅니다.
- ② 제1항의 「급여 특정치매 치료제」는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자가 처방한 약제로서 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여 항목이 발생한 경우를 말합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고, 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 지급사유 발생 당시의 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

[급여 특정치매 치료제 해당 의약품명 및 성분명 안내]

성분명은 ‘효능·효과’를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다.

- 도네페질(Donepezil)
- 리바스티그민(rivastigmine)
- 갈란타민(galantamine)
- 메만틴(memantine)

※ 상기 치매치료제 해당 성분명은 2024년 4월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소시 해당 내용이 변경될 수 있습니다.

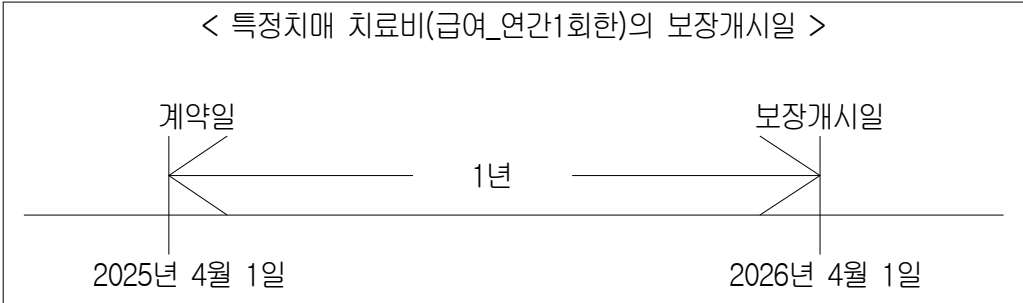
※ 상기 성분명에 해당하는 의약품이라 하더라도 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거쳐 급여 항목이 발생한 경우에만 「급여 특정치매 치료제」로 인정합니다.

[식품의약품안전처 허가 내 「효능·효과」 확인 방법]

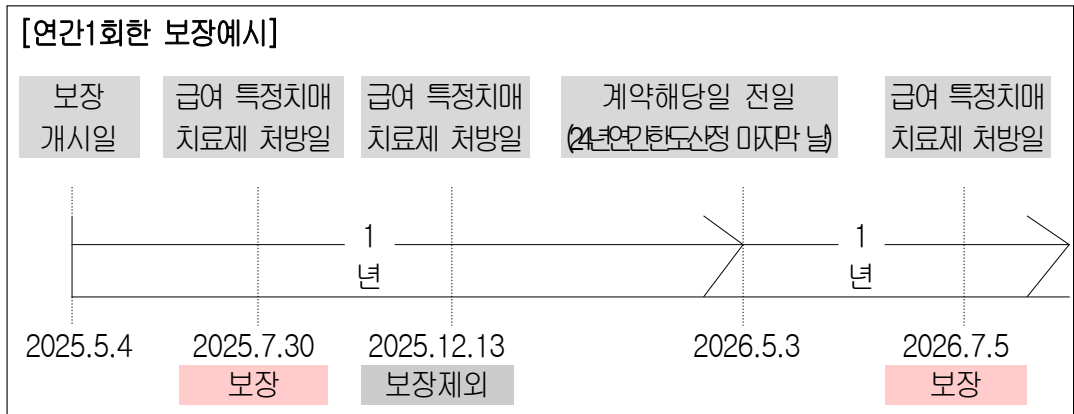
식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(<https://nedrug.mfds.go.kr>) - 의약품 검색

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 특정치매 치료비(급여_연간1회한)의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 치매가 없는 상태에서 상해로 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 치매상태가 발생한 경우 계약일을 보장개시일로 합니다.



- ② 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.
- ③ 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.



제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- ② 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 아래의 사유로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 정신분열증이나 우울증과 같은 정신질환이 영향을 미친 인지기능의 장애
 2. 의사의 처방에 의하지 않은 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애
 3. 알코올 중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
 4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제5조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진단서, 치매약물치료증명서(의약품 분류번호‘119(기타의 중추신경용약)’ 처방 여부 및 의약품명이 기재된 서류(진단서, 의사소견서 또는 의사처방전(처방조제비)) 진료비계산서 등)(단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체 서류를 제출해야 합니다)

급여수가코드

급여수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 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.

제6조(특별약관의 무효)

- ① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제24조(계약의 무효)를 따릅니다.
- ② 피보험자가 보험계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 전일 이전에 제2조(급여 특정치매 치료제의 정의)에서 정한 「급여 특정치매치료제」를 처방 받은 경우에는 이 특별약관은 무효로 하며 이미 납입한 이 특별약관의 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 특별약관이 무효로 된 경우와 회

사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

17. 치매직접치료 통원비(연간12회한) 특별약관

17-1. 치매직접치료 통원비(연간12회한) 특별약관

17-2. 치매직접치료 통원비(연간12회한)(간편가입) 특별약관

17-1은 일반심사형으로 운영하며,
17-2는 간편심사형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 치매직접치료 통원비(연간12회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「치매」의 정의 및 진단확정)의 「치매」로 진단이 확정되고, 그 「치매의 직접적인 치료」를 목적으로 병원 또는 의원에 통원하였을 때 통원 1회당 연간 12회한도로 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
치매직접치료 통원비(연간12회한)	통원 1회당 이 특별약관 보험가입금액

제2조(「치매」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「치매」라 함은 「치매 분류표」(【별표12】참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② 「치매」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제3조(「치매의 직접적인 치료」의 정의)

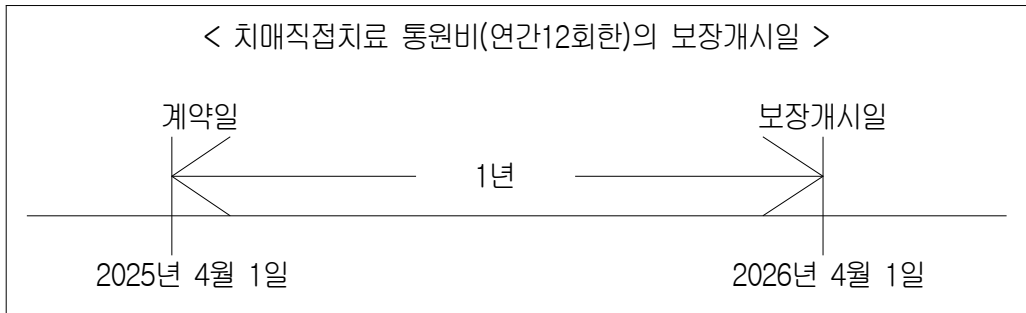
- ① 이 특별약관에서 「치매의 직접적인 치료」라 함은 치매 진단을 위한 정밀검사(제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 「치매」 진단확정을 위한 정밀검사를 포함합니다)를 시행하는 경우, 치매 치료제 또는 치매의 증상 조절을 위한 약제를 투약하거나 투약을 변경하는 경우 또는 치매 증상 변화에 대한 검사를 시행하는 경우 등 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료를 말합니다.
- ② 제1항의 「치매」의 직접적인 치료에는 치매의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 치매를 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「치매」의 직접적인 치료로 봅니다.

제4조(용어의 정의)

이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「치매」의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 치매직접치료 통원비(연간12회한)의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날부터 보장이 개시됩니다. 다만, 치매가 없는 상태에서 상해로 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 치매상태가 발생한 경우 계약일을 보장개시일로 합니다.



- ② 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유)의 치매직접치료 통원비(연간12회한)는 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급하며, 연간12회를 한도로 지급합니다.
- ④ 제1조(보험금의 지급사유)에서 ‘치매의 직접적인 치료를 목적으로 한 통원’이란 의사에 의해 「치매」로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 「치매」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「치매」를 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「치매」의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.
- 다만 질병명 미상에 의한 통원으로서 통원 후 최초로 「치매」로 진단된 경우에는 이는 「치매」의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.
- ⑤ 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.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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
 5. 이 약관에서 정한 치매(「치매 분류표」, 【별표12】 참조)를 제외한 정신적 기능장애
 6. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관

관 제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)하였을 경우에는 이 보장도 소멸되며 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(특별약관의 무효)

- ① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제24조(계약의 무효)를 따릅니다.
- ② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「치매」의 정의 및 진단확정)의 「치매」로 진단확정된 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 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

18. 치매직접치료 종합병원 통원비(연간12회한) 특별약관

18-1. 치매직접치료 종합병원 통원비(연간12회한) 특별약관

18-2. 치매직접치료 종합병원 통원비(연간12회한)(간편가입) 특별약관

18-1은 일반심사형으로 운영하며,
18-2는 간편심사형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 치매직접치료 종합병원 통원비(연간12회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「치매」의 정

의 및 진단확정)의 「치매」로 진단이 확정되고, 그 「치매의 직접적인 치료」를 목적으로 「종합병원」에 통원하였을 때 통원 1회당 연간 12회한도로 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
치매직접치료 종합병원통원비(연간12회한)	통원 1회당 이 특별약관 보험가입금액

제2조(「치매」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「치매」라 함은 「치매 분류표」(【별표12】참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② 「치매」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제3조(「치매의 직접적인 치료」의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「치매의 직접적인 치료」라 함은 치매 진단을 위한 정밀검사(제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 「치매」 진단확정을 위한 정밀검사를 포함합니다)를 시행하는 경우, 치매 치료제 또는 치매의 증상 조절을 위한 약제를 투약하거나 투약을 변경하는 경우 또는 치매 증상 변화에 대한 검사를 시행하는 경우 등 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료를 말합니다.
- ② 제1항의 「치매」의 직접적인 치료에는 치매의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 치매를 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「치매」의 직접적인 치료로 봅니다.

제4조(용어의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

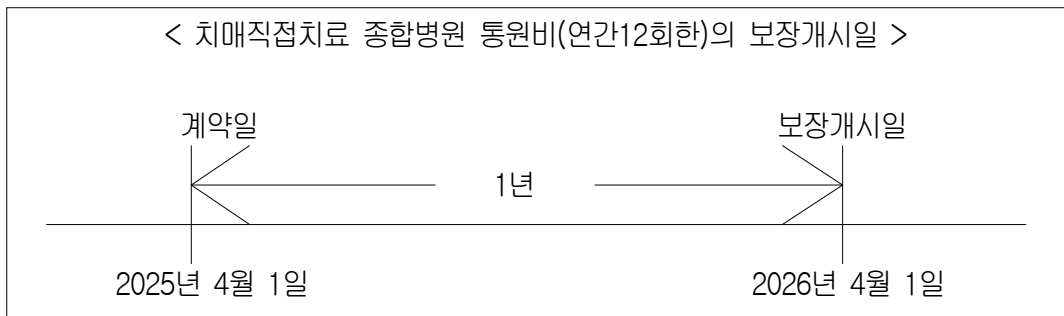
【의료법 제3조의3(종합병원)】

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
 1. 100개 이상의 병상을 갖추는 것
 2. 100 병상 이상 300 병상 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. 300 병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
- ② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 “필수진료과목”이라한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

- ② 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 「치매」의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 「종합병원」에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 치매직접치료 종합병원 통원비(연간12회한)의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날부터 보장이 개시됩니다. 다만, 치매가 없는 상태에서 상해로 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 치매상태가 발생한 경우 계약일을 보장개시일로 합니다.



- ② 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유)의 치매직접치료 종합병원통원비(연간12회한)는 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급하며, 연간12회를 한도로 지급합니다.
- ④ 제1조(보험금의 지급사유)에서 '치매의 직접적인 치료를 목적으로 한 통원'이란 의사에 의해 「치매」로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 「치매」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「치매」를 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「치매」의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.
- 다만 질병명 미상에 의한 통원으로서 통원 후 최초로 「치매」로 진단된 경우에는 이는 「치매」의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.
- ⑤ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「종합병원」에 지정된 경우 종합병원 적용일부터 치매직접치료 종합병원통원비(연간12회한)를 지급합니다.
- ⑥ 피보험자가 「종합병원」에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「종합병원」의 지정이 취소된 경우 「종합병원」의 지정이 취소되기 전일까지의 통원기간에 대하여 치매직접치료 종합병원통원비(연간12회한)를 지급합니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금의 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다.

다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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
 5. 이 약관에서 정한 치매(「치매 분류표」, 【별표12】 참조)를 제외한 정신적 기능장애
 6. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)하였을 경우에는 이 보장도 소멸되며 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적합한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(특별약관의 무효)

- ① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제24조(계약의 무효)를 따릅니다.
- ② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「치매」의 정의 및 진단확정)의 「치매」로 진단확정된 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 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관

관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

19. 치매직접치료 상급종합병원 통원비(연간12회한) 특별약관

19-1. 치매직접치료 상급종합병원 통원비(연간12회한) 특별약관

19-2. 치매직접치료 상급종합병원 통원비(연간12회한)(간편가입)
특별약관

19-1은 일반심사형으로 운영하며,
19-2는 간편심사형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 치매직접치료 상급종합병원 통원비(연간12회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「치매」의 정의 및 진단확정)의 「치매」로 진단이 확정되고, 그 「치매의 직접적인 치료」를 목적으로 「상급종합병원」에 통원하였을 때 통원 1회당 연간 12회한도로 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
치매직접치료 상급종합병원통원비(연간12회한)	통원 1회당 이 특별약관 보험가입금액

제2조(「치매」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「치매」라 함은 「치매 분류표」(【별표12】참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② 「치매」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제3조(「치매의 직접적인 치료」의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「치매의 직접적인 치료」라 함은 치매 진단을 위한 정밀검사(제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 「치매」 진단확정을 위한 정밀검사를 포함합니다)를 시행하는 경우, 치매 치료제 또는 치매의 증상 조절을 위한 약제를 투약하거나 투약을 변경하는 경우 또는 치매 증상 변화에 대한 검사를 시행하는 경우 등 의학적으로 그 안전성과

유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료를 말합니다.

- ② 제1항의 「치매」의 직접적인 치료에는 치매의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 치매를 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「치매」의 직접적인 치료로 봅니다.

제4조(용어의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

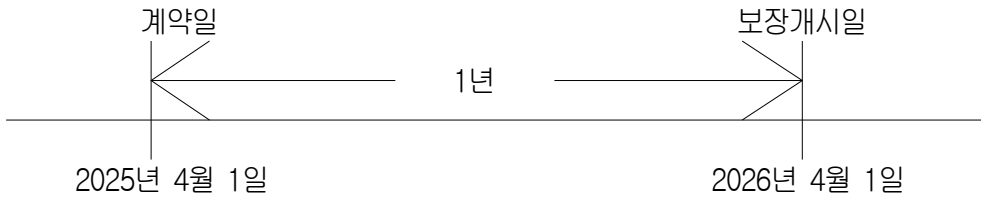
[의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)]

- 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. 제77조 제1항에 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.
- ② 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 「치매」의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 「상급종합병원」에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 치매직접치료 상급종합병원 통원비(연간12회한)의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날부터 보장이 개시됩니다. 다만, 치매가 없는 상태에서 상해로 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 치매상태가 발생한 경우 계약일을 보장개시일로 합니다.

< 치매직접치료 상급종합병원 통원비(연간12회한)의 보장개시일 >



- ② 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유)의 치매직접치료 상급종합병원통원비(연간12회한)는 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급하며, 연간12회를 한도로 지급합니다.
- ④ 제1조(보험금의 지급사유)에서 ‘치매의 직접적인 치료를 목적으로 한 통원’이란 의사에 의해 「치매」로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 「치매」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「치매」를 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「치매」의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.
다만 질병명 미상에 의한 통원으로서 통원 후 최초로 「치매」로 진단된 경우에는 이는 「치매」의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.
- ⑤ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 치매직접치료 상급종합병원통원비(연간12회한)를 지급합니다.
- ⑥ 피보험자가 「상급종합병원」에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」의 지정이 취소된 경우 「상급종합병원」의 지정이 취소되기 전날까지의 통원기간에 대하여 치매직접치료 상급종합병원 통원비(연간12회한)를 지급합니다.
- ⑦ 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.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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
5. 이 약관에서 정한 치매(「치매 분류표」, 【별표12】 참조)를 제외한 정신적 기능장해
6. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

제7조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)하였을 경우에는 이 보장도 소멸되며 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(특별약관의 무효)

- ① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제24조(계약의 무효)를 따릅니다.
- ② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「치매」의 정의 및 진단확정)의 「치매」로 진단확정된 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 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

20. 치매 MRI/PET/CT 촬영비(급여_연간1회한) 특별약관

20-1. 치매 MRI/PET/CT 촬영비(급여_연간1회한) 특별약관

20-2. 치매 MRI/PET/CT 촬영비(급여_연간1회한)(간편가입) 특별약관

20-1은 일반심사형으로 운영하며,
20-2는 간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 치매 MRI/PET/CT 검사지원비(급여_연간1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「치매」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「치매」의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 제3조(「치매 MRI/PET/CT 검사(급여)」의 정의)에서 정한 「치매 MRI/PET/CT 검사(급여)」를 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액	
치매 MRI/PET/CT 검사지원비 (급여_연간1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%(연간1회한)
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액(연간1회한)

제2조(「치매」의 정의 및 진단확정)

- ① 「치매」라 함은 「치매 분류표」 (【별표12】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② 「치매」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제3조(「치매 MRI/PET/CT 검사(급여)」의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「치매 MRI/PET/CT 검사(급여)」이라 함은 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 자기공명영상(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 컴퓨터단층촬영(CT)을 사용하는 촬영 의료행위를 말합니다.
- ② 제1항의 「치매 MRI/PET/CT 검사(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 영상진단 및 방사선치료료 항목에서 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]

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

[자기공명영상(MRI)]

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

[양전자방출단층촬영(PET)]

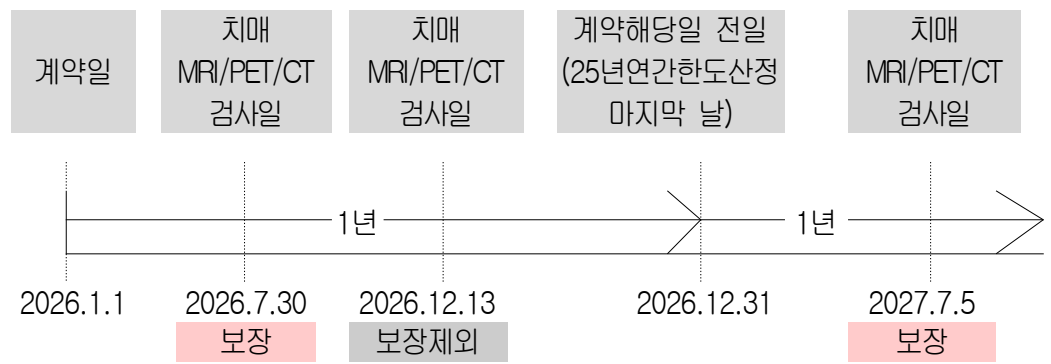
Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

- ③ 제2항에도 불구하고 요양급여 일부 본인부담 대상 기준에 해당되지 않아 요양급여 전액 본인부담으로 산정된 경우에는 영상진단 및 방사선치료 항목에서 급여항목이 발생한 경우로 보지 않습니다.
- ④ 제1항의 「치매 MRI/PET/CT 검사(급여)」는 「MRI/PET/CT 검사(급여) 분류표」(【별표 23】 참조)에 해당하는 의료행위를 말합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

[연간1회한 보장예시]



- 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.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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
5. 이 약관에서 정한 치매(「치매 분류표」, 【별표12】 참조)를 제외한 정신적 기능장애
6. 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용

제6조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진단서, 진료비계산서 등)(단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 대체서류를 제출해야 합니다)

급여수가코드

급여수가코드는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시)」에서 정한 처치 및 수술료, 검사료, 방사선 치료 등을 포함한 코드를 말합니다.

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 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.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관

관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

21. 치매 장기요양급여금(1~2등급, 재가급여)(월1회한) 특별약관

21-1. 치매 장기요양급여금(1~2등급, 재가급여)(월1회한) 특별약관

21-2. 치매 장기요양급여금(1~2등급, 재가급여)(월1회한)(간편가입)
특별약관

21-1은 일반심사형으로 운영하며,
21-2는 간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 치매 장기요양급여금(1~2등급, 재가급여)(월1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「치매」의 정의 및 진단확정)의 「치매」로 진단확정 되고, 「치매」를 원인으로 노인장기요양보험 수급대상으로 인정되어 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 1등급 내지 2등급의 장기요양등급을 판정받고 「재가급여」를 이용한 경우 월간1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
치매 장기요양급여금(1~2등급, 재가급여)(월1회한)	이 특별약관 보험가입금액 (월간 1회한)

제2조(「치매」의 정의 및 진단확정)

- ① 「치매」라 함은 「치매 분류표」(【별표12】참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② 「치매」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제3조(「재가급여」의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「재가급여」라 함은 노인장기요양보험법 제15조(등급판정 등)에 의한 장기요양급여수급자(이하 “수급자”라 합니다)가 받을 수 있는 노인장기요양보험법 제23조(장기요양급여의 종류) 제1항 제1호에서 정한 재가급여를 말합니다.
- ② 제1항에서 재가급여의 종류는 다음 각 호와 같습니다.
 1. 방문요양 : 장기요양요원이 수급자의 가정 등을 방문하여 신체활동 및 가사활동을 지

원하는 장기요양급여

2. 방문목욕 : 장기요양요원이 목욕설비를 갖춘 장비를 이용하여 수급자의 가정 등을 방문하여 목욕을 제공하는 장기요양급여
3. 방문간호 : 장기요양요원인 간호사 등이 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시서(이하 “방문간호지시서”라 합니다)에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 및 구강위생 등을 제공하는 장기요양급여
4. 주야간보호 : 수급자를 하루 중 일정 시간 동안 장기요양기관에 보호하면서 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육훈련 등을 제공하는 장기요양급여
5. 단기보호 : 수급자를 보건복지부령으로 정하는 범위 안에서 일정기간 동안 장기요양기관에 보호하면서 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육훈련 등을 제공하는 장기요양급여
6. 기타재가급여 : 수급자의 일상생활·신체활동 지원 및 인지기능의 유지·향상에 필요한 용구를 제공하거나 가정을 방문하여 재활에 관한 지원 등을 제공하는 장기요양급여로서 대통령령으로 정하는 것

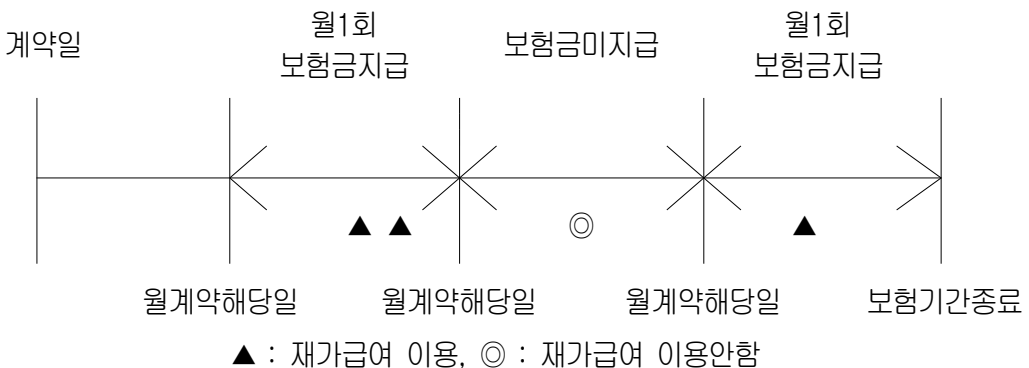
유의사항

노인장기요양보호법 제23조(장기요양급여의 종류) 제1항 제3호의 규정에 의한 특별현금급여(가족요양비, 특례요양비, 요양병원 간병비)는 재가급여에 해당되지 않습니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 월간이라 함은 「월계약해당일」부터 매1개월 단위로 도래하는 다음 월계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당월의 월계약해당일 이 없을 경우에는 해당월의 말일을 월계약해당일로 하고 이전 달의 월계약해당일부터 해당월의 말일까지를 기준으로 월1회를 계산합니다.
- ② 회사는 피보험자가 재가급여를 월 1회 이상 이용한 경우에도 1회의 이용으로 간주하여 하나의 치매 장기요양급여금(1~2등급, 재가급여)(월1회한)만 지급합니다.
- ③ 보험기간이 끝난 후의 장기요양 1~2등급으로 인한 「재가급여」를 이용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

【 치매 장기요양급여금(1~2등급, 재가급여)(월1회한) 지급예시 】



- ④ 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 장기요양등급 판정을 받았으나, 허위 또는 부당 판정 사실이 확인되는 경우 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑤ 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.

제5조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 장기요양등급의 판정기준(이하 「장기요양등급 판정기준」이라 합니다) 또는 「재가급여」의 정의가 노인장기요양보험법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장기요양등급을 판정하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 계약내용에 상응하는 장기요양등급 또는 재가급여와 관련된 새로운 보장내용으로 변경할 수 있으며, 이 경우 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
 - 1. 법령의 개정 또는 폐지 등에 따라 「장기요양등급 판정기준」 또는 「재가급여」가 폐지되는 경우
 - 2. 법령의 개정으로 「장기요양등급 판정기준」 또는 「재가급여」의 변경으로 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당하는 장기요양등급 판정이 불가능한 경우
 - 3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정으로 "계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등"의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

예시

장기요양등급 판정기준이 현행 1~5등급에서 신체장애등급과 정신장애등급으로 변경되는 경우 등

- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과 보험료 정

산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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
 5. 이 약관에서 정한 치매(「치매 분류표」, 【별표12】 참조)를 제외한 정신적 기능장애
 6. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 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
- ③ 회사는 피보험자가 노인장기요양보험법에 의해 장기요양급여의 제한을 받은 경우에는 치매 장기요양급여금(1~2등급, 재가급여)(월1회한)을 지급하지 않습니다.

노인장기요양보험법 제29조(장기요양급여의 제한)

- ① 공단은 장기요양급여를 받고 있는 자가 정당한 사유 없이 제15조제4항에 따른 조사나 제60조 또는 제61조에 따른 요구에 응하지 아니하거나 답변을 거절한 경우 장기요양급여의 전부 또는 일부를 제공하지 아니하게 할 수 있다.
- ② 공단은 장기요양급여를 받고 있거나 받을 수 있는 자가 장기요양기관이 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 장기요양급여비용을 받는 데에 가담한 경우 장기요양급여를 중단하거나 1년의 범위에서 장기요양급여의 횟수 또는 제공 기간을 제한할 수 있다.
- ③ 제2항에 따른 장기요양급여의 중단 및 제한 기준과 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제7조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)

2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 장기요양인정서, 장기요양급여비용명세서, 장기요양급여 제공기록지, 장기요양급여 제공 확인서(회사양식) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 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 의료관법에서 정한 의료기관 또는 노인장기요양보험법 제2조(정의) 제4항에서 규정한 장기요양기관에서 발급한 것이어야 합니다. 단, 장기요양인정서는 국민건강보험공단에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

22. 치매 장기요양급여금(1~2등급, 시설급여)(월1회한) 특별약관

22-1. 치매 장기요양급여금(1~2등급, 시설급여)(월1회한) 특별약관

22-2. 치매 장기요양급여금(1~2등급, 시설급여)(월1회한)(간편가입) 특별약관

22-1은 일반심사형으로 운영하며,
22-2는 간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 치매 장기요양급여금(1~2등급, 시설급여)(월1회한): 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「치매」의 정의 및 진단확정)의 「치매」로 진단확정 되고, 「치매」를 원인으로 노인장기요양보험 수급대상으로 인정되어 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의

해 1등급 내지 2등급의 장기요양등급을 판정받고 「시설급여」를 이용한 경우 월간1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
치매 장기요양급여금 (1~2등급, 시설급여)(월1회한)	이 특별약관 보험가입금액 (월간 1회한)

제2조(「치매」의 정의 및 진단확정)

- ① 「치매」라 함은 「치매 분류표」(【별표12】참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② 「치매」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제3조(「시설급여」의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「시설급여」라 함은 노인장기요양보험법 제15조(등급판정 등)에 의한 장기요양급여수급자가 받을 수 있는 노인장기요양보험법 제23조(장기요양급여의 종류) 제1항 제2호에서 정한 장기요양급여로 장기요양기관에 장기간 입소한 수급자에게 신체 활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여를 말합니다.

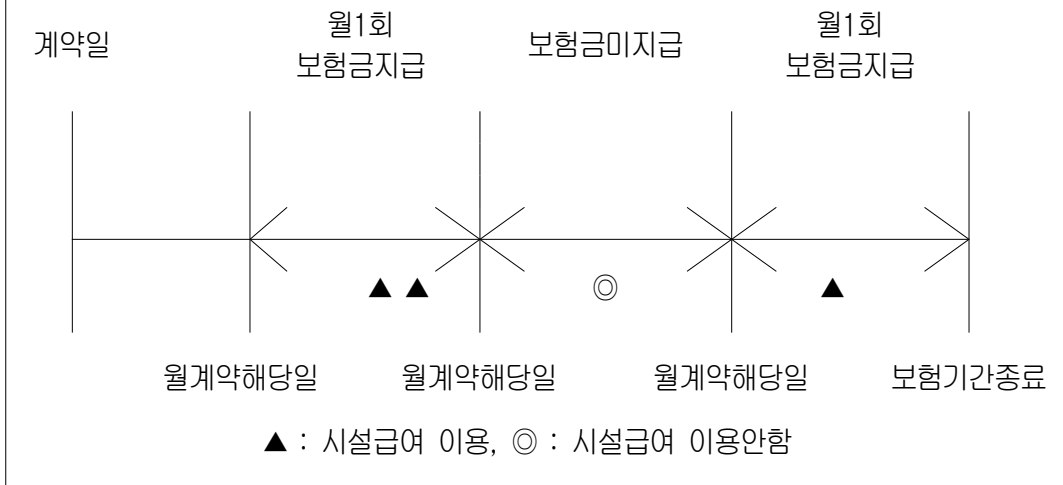
유의사항

노인장기요양보험법 제23조(장기요양급여의 종류) 제1항 제3호의 규정에 의한 특별현금급여(가족요양비, 특례요양비, 요양병원 간병비)는 시설급여에 해당되지 않습니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 월간이라 함은 「월계약해당일」부터 매1개월 단위로 도래하는 다음 월계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당월의 월계약해당일 이 없을 경우에는 해당월의 말일을 월계약해당일로 하고 이전 달의 월계약해당일부터 해당월의 말일까지를 기준으로 월1회를 계산합니다.
- ② 회사는 피보험자가 시설급여를 월 1회 이상 이용한 경우에도 1회의 이용으로 간주하여 하나의 치매 장기요양급여금(1~2등급, 시설급여)(월1회한)만 지급합니다.
- ③ 보험기간이 끝난 후의 장기요양 1~2등급으로 인한 「시설급여」를 이용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

【 치매 장기요양급여금(1~2등급, 시설급여) 지급예시 】



- ④ 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 장기요양등급 판정을 받았으나, 허위 또는 부당 판정 사실이 확인되는 경우 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑤ 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.

제5조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 장기요양등급의 판정기준(이하 「장기요양등급 판정기준」이라 합니다) 또는 「시설급여」의 정의가 노인장기요양보험법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장기요양등급을 판정하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 계약내용에 상응하는 장기요양등급 또는 시설급여와 관련된 새로운 보장내용으로 변경할 수 있으며, 이 경우 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
 1. 법령의 개정 또는 폐지 등에 따라 「장기요양등급 판정기준」 또는 「시설급여」가 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정으로 「장기요양등급 판정기준」 또는 「시설급여」의 변경으로 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당하는 장기요양등급 판정이 불가능한 경우
 3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정으로 "계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등"의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

예 시

장기요양등급 판정기준이 현행 1~5등급에서 신체장애등급과 정신장애등급으로 변경되는 경우 등

- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과 보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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
 - 5. 이 약관에서 정한 치매(「치매 분류표」, 【별표12】 참조)를 제외한 정신적 기능장애
 - 6. 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 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
- ③ 회사는 피보험자가 노인장기요양보험법에 의해 장기요양급여의 제한을 받은 경우에는

치매 장기요양급여금(1~2등급, 시설급여)(월1회한)를 지급하지 않습니다.

노인장기요양보험법 제29조(장기요양급여의 제한)

- ① 공단은 장기요양급여를 받고 있는 자가 정당한 사유 없이 제15조제4항에 따른 조사나 제60조 또는 제61조에 따른 요구에 응하지 아니하거나 답변을 거절한 경우 장기요양급여의 전부 또는 일부를 제공하지 아니하게 할 수 있다.
- ② 공단은 장기요양급여를 받고 있거나 받을 수 있는 자가 장기요양기관이 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 장기요양급여비용을 받는 데에 가담한 경우 장기요양급여를 중단하거나 1년의 범위에서 장기요양급여의 횟수 또는 제공 기간을 제한할 수 있다.
- ③ 제2항에 따른 장기요양급여의 중단 및 제한 기준과 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제7조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 장기요양인정서, 장기요양급여비용명세서, 장기요양급여 제공기록지, 장기요양급여 제공 확인서(회사양식) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 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 의료관법에서 정한 의료기관 또는 노인장기요양보험법 제2조(정의) 제4항에서 규정한 장기요양기관에서 발급한 것이어야 합니다. 단, 장기요양인정서는 국민건강보험공단에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

23. 치매 장기요양급여금(1~5등급, 재가급여)(월1회한) 특별약관

23-1. 치매 장기요양급여금(1~5등급, 재가급여)(월1회한) 특별약관

23-2. 치매 장기요양급여금(1~5등급, 재가급여)(월1회한)(간편가입) 특별약관

23-1은 일반심사형으로 운영하며,
23-2는 간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 치매 장기요양급여금(1~5등급, 재가급여)(월1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「치매」의 정의 및 진단확정)의 「치매」로 진단확정 되고, 「치매」를 원인으로 노인장기요양보험 수급대상으로 인정되어 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 1등급 내지 5등급의 장기요양등급을 판정받고 「재가급여」를 이용한 경우 월간1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
치매 장기요양급여금(1~5등급, 재가급여)(월1회한)	이 특별약관 보험가입금액 (월간 1회한)

제2조(「치매」의 정의 및 진단확정)

- ① 「치매」라 함은 「치매 분류표」(【별표12】참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② 「치매」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제3조(「재가급여」의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「재가급여」라 함은 노인장기요양보험법 제15조(등급판정 등)에 의한 장기요양급여수급자(이하 “수급자”라 합니다)가 받을 수 있는 노인장기요양보험법 제23조(장기요양급여의 종류) 제1항 제1호에서 정한 재가급여를 말합니다.
- ② 제1항에서 재가급여의 종류는 다음 각 호와 같습니다.
 1. 방문요양 : 장기요양요원이 수급자의 가정 등을 방문하여 신체활동 및 가사활동을 지원하는 장기요양급여
 2. 방문목욕 : 장기요양요원이 목욕설비를 갖춘 장비를 이용하여 수급자의 가정 등을 방문하여 목욕을 제공하는 장기요양급여
 3. 방문간호 : 장기요양요원인 간호사 등이 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시서(이하

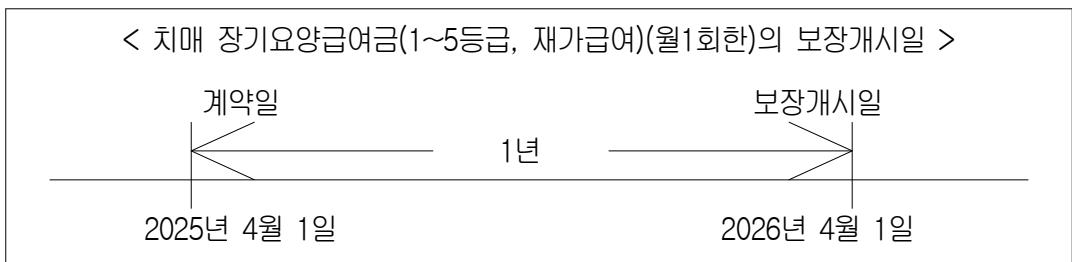
- “방문간호지시서”라 합니다)에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 및 구강위생 등을 제공하는 장기요양급여
4. 주야간보호 : 수급자를 하루 중 일정 시간 동안 장기요양기관에 보호하면서 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
 5. 단기보호 : 수급자를 보건복지부령으로 정하는 범위 안에서 일정기간 동안 장기요양기관에 보호하면서 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
 6. 기타재가급여 : 수급자의 일상생활·신체활동 지원 및 인지기능의 유지·향상에 필요한 용구를 제공하거나 가정을 방문하여 재활에 관한 지원 등을 제공하는 장기요양급여로서 대통령령으로 정하는 것

유의사항

노인장기요양보호법 제23조(장기요양급여의 종류) 제1항 제3호의 규정에 의한 특별현금급여(가족요양비, 특례요양비, 요양병원 간병비)는 재가급여에 해당되지 않습니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

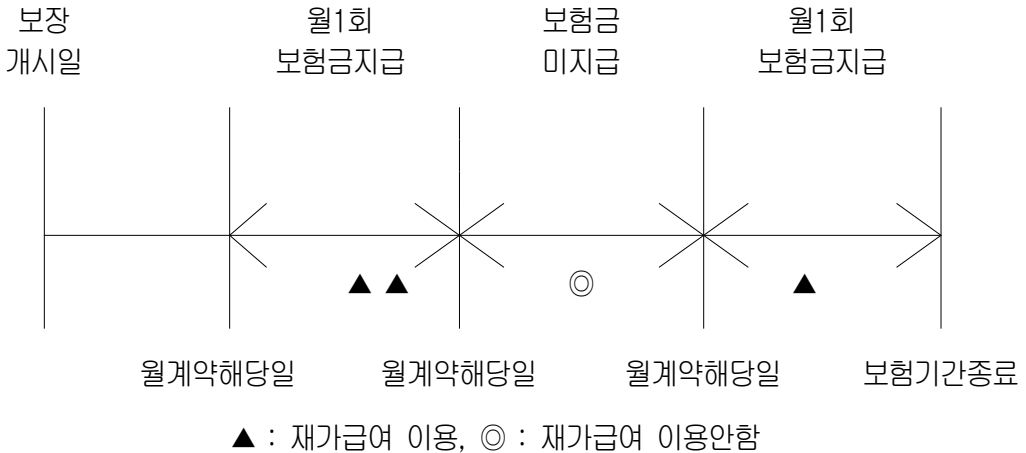
- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 월간이라 함은 「월계약해당일」부터 매1개월 단위로 도래하는 다음 월계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당월의 월계약해당일 이 없을 경우에는 해당월의 말일을 월계약해당일로 하고 이전 달의 월계약해당일부터 해당월의 말일까지를 기준으로 월1회를 계산합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유) 치매 장기요양급여금(1~5등급, 재가급여)(월1회한)의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다.



다만, 치매가 없는 상태에서 상해로 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 치매상태가 발생한 경우 계약일을 보장개시일로 합니다.

- ③ 회사는 피보험자가 재가급여를 월 1회 이상 이용한 경우에도 1회의 이용으로 간주하여 하나의 치매 장기요양급여금(1~5등급, 재가급여)(월1회한)만 지급합니다.
- ④ 보험기간이 끝난 후의 장기요양 1~5등급으로 인한 「재가급여」를 이용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

【 치매 장기요양급여금(1~5등급, 재가급여)(월1회환) 지급예시 】



- ⑤ 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 장기요양등급 판정을 받았으나, 허위 또는 부당 판정 사실이 확인되는 경우 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 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.

제5조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 장기요양등급의 판정기준(이하 「장기요양등급 판정기준」이라 합니다) 또는 「재가급여」의 정의가 노인장기요양보험법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장기요양등급을 판정하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 계약내용에 상응하는 장기요양등급 또는 재가급여와 관련된 새로운 보장내용으로 변경할 수 있으며, 이 경우 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
1. 법령의 개정 또는 폐지 등에 따라 「장기요양등급 판정기준」 또는 「재가급여」가 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정으로 「장기요양등급 판정기준」 또는 「재가급여」의 변경으로 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당하는 장기요양등급 판정이 불가능한 경우
 3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정으로 "계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등"의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

예 시

장기요양등급 판정기준이 현행 1~5등급에서 신체장애등급과 정신장애등급으로 변경되는 경우 등

- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과 보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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
 - 5. 이 약관에서 정한 치매(「치매 분류표」, 【별표12】 참조)를 제외한 정신적 기능장애
 - 6. 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 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
- ③ 회사는 피보험자가 노인장기요양보험법에 의해 장기요양급여의 제한을 받은 경우에는

치매 장기요양급여금(1~5등급, 재가급여)(월1회한)를 지급하지 않습니다.

노인장기요양보험법 제29조(장기요양급여의 제한)

- ① 공단은 장기요양급여를 받고 있는 자가 정당한 사유 없이 제15조제4항에 따른 조사나 제60조 또는 제61조에 따른 요구에 응하지 아니하거나 답변을 거절한 경우 장기요양급여의 전부 또는 일부를 제공하지 아니하게 할 수 있다.
- ② 공단은 장기요양급여를 받고 있거나 받을 수 있는 자가 장기요양기관이 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 장기요양급여비용을 받는 데에 가담한 경우 장기요양급여를 중단하거나 1년의 범위에서 장기요양급여의 횟수 또는 제공 기간을 제한할 수 있다.
- ③ 제2항에 따른 장기요양급여의 중단 및 제한 기준과 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제7조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 장기요양인정서, 장기요양급여비용명세서, 장기요양급여 제공기록지, 장기요양급여 제공 확인서(회사양식) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 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 의료관법에서 정한 의료기관 또는 노인장기요양보험법 제2조(정의) 제4항에서 규정한 장기요양기관에서 발급한 것이어야 합니다. 단, 장기요양인정서는 국민건강보험공단에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제9조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제10조(특별약관의 무효)

- ① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제24조(계약의 무효)를 따릅니다.
- ② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「치매」의 정의 및 진단확정)의 「치매」로 진단확정된 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 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

24. 치매 장기요양급여금(1~5등급, 시설급여)(월1회한) 특별약관

24-1. 치매 장기요양급여금(1~5등급, 시설급여)(월1회한) 특별약관

24-2. 치매 장기요양급여금(1~5등급, 시설급여)(월1회한)(간편가입) 특별약관

24-1은 일반심사형으로 운영하며,
24-2는 간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 치매 장기요양급여금(1~5등급, 시설급여)(월1회한): 이 특별약관의 보험기간 중 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「치매」의 정의 및 진단확정)의 「치매」로 진단확정 되고, 「치매」를 원인으로 노인장기요양보험 수급대상으로 인정되어 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 1등급 내지 5등급의 장기요양등급을 판정받고 「시설급여」를 이용한 경우 월간1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
치매 장기요양급여금 (1~5등급, 시설급여)(월1회한)	이 특별약관 보험가입금액 (월간 1회한)

① 「치매」라 함은 「치매 분류표」(【별표12】참조)에 해당하는 질병을 말합니다.

② 「치매」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제3조(「시설급여」의 정의)

① 이 특별약관에서 「시설급여」라 함은 노인장기요양보험법 제15조(등급판정 등)에 의한 장기요양급여수급자가 받을 수 있는 노인장기요양보험법 제23조(장기요양급여의 종류) 제1항 제2호에서 정한 장기요양급여로 장기요양기관에 장기간 입소한 수급자에게 신체 활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여를 말합니다.

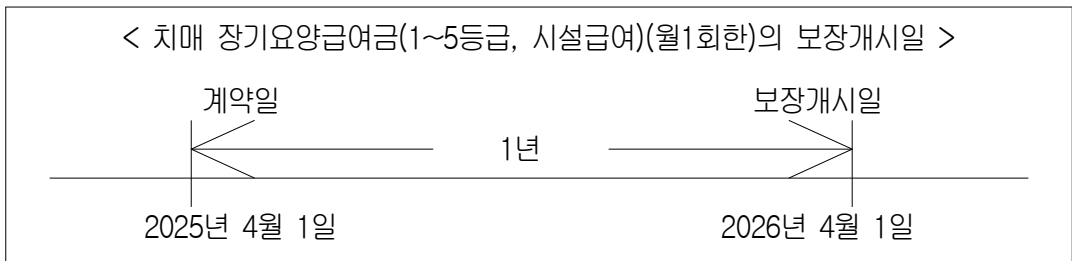
유의사항

노인장기요양보험법 제23조(장기요양급여의 종류) 제1항 제3호의 규정에 의한 특별현금
급여(가족요양비, 특례요양비, 요양병원 간병비)는 시설급여에 해당되지 않습니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부 규정)

① 제1조(보험금의 지급사유)의 월간이라 함은 「월계약해당일」부터 매1개월 단위로 도래하는 다음 월계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당월의 월계약해당일 이 없을 경우에는 해당월의 말일을 월계약해당일로 하고 이전 달의 월계약해당일부터 해당월의 말일까지를 기준으로 월1회를 계산합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 치매 장기요양급여금(1~5등급, 시설급여)(월1회한)의 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다.

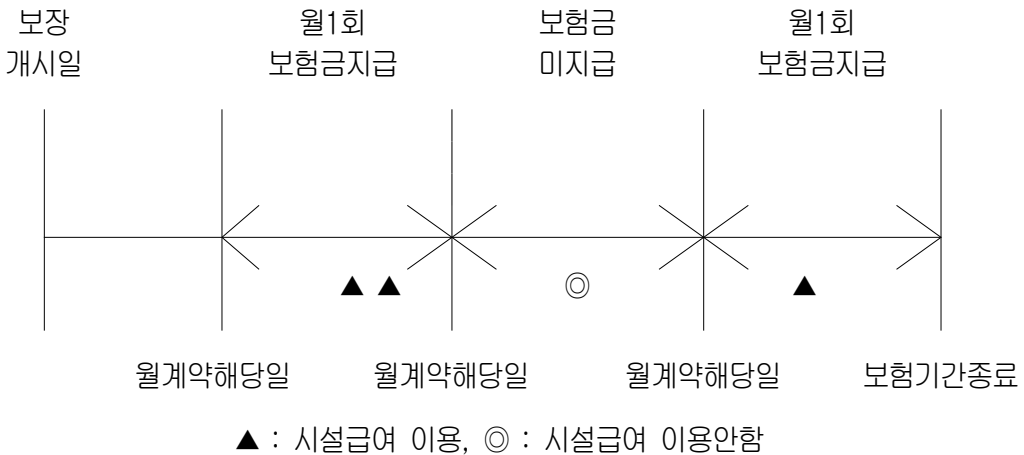


다만, 치매가 없는 상태에서 상해로 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 치매상태가 발생한 경우 계약일을 보장개시일로 합니다.

③ 회사는 피보험자가 시설급여를 월 1회 이상 이용한 경우에도 1회의 이용으로 간주하여 하나의 치매 장기요양급여금(1~5등급, 시설급여)(월1회한)만 지급합니다.

④ 보험기간이 끝난 후의 장기요양 1~5등급으로 인한 「시설급여」를 이용한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

【 치매 장기요양급여금(1~5등급, 시설급여) 지급예시 】



- ⑤ 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 장기요양등급 판정을 받았으나, 허위 또는 부당 판정 사실이 확인되는 경우 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 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.

제5조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 장기요양등급의 판정기준(이하 「장기요양등급 판정기준」이라 합니다) 또는 「시설급여」의 정의가 노인장기요양보험법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 장기요양등급을 판정하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 계약내용에 상응하는 장기요양등급 또는 시설급여와 관련된 새로운 보장내용으로 변경할 수 있으며, 이 경우 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
1. 법령의 개정 또는 폐지 등에 따라 「장기요양등급 판정기준」 또는 「시설급여」가 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정에 따라 「장기요양등급 판정기준」 또는 「시설급여」의 변경으로 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 해당하는 장기요양등급 판정이 불가능한 경우
 3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 "계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등"의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

예 시

장기요양등급 판정기준이 현행 1~5등급에서 신체장애등급과 정신장애등급으로 변경되는 경우 등

- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준 및 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우 회사는 계약자에게 이 계약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과 보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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
 - 5. 이 약관에서 정한 치매(「치매 분류표」, 【별표12】 참조)를 제외한 정신적 기능장애
 - 6. 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 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
- ③ 회사는 피보험자가 노인장기요양보험법에 의해 장기요양급여의 제한을 받은 경우에는

치매 장기요양급여금(1~5등급, 시설급여)(월1회한)를 지급하지 않습니다.

노인장기요양보험법 제29조(장기요양급여의 제한)

- ① 공단은 장기요양급여를 받고 있는 자가 정당한 사유 없이 제15조제4항에 따른 조사나 제60조 또는 제61조에 따른 요구에 응하지 아니하거나 답변을 거절한 경우 장기요양급여의 전부 또는 일부를 제공하지 아니하게 할 수 있다.
- ② 공단은 장기요양급여를 받고 있거나 받을 수 있는 자가 장기요양기관이 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 장기요양급여비용을 받는 데에 가담한 경우 장기요양급여를 중단하거나 1년의 범위에서 장기요양급여의 횟수 또는 제공 기간을 제한할 수 있다.
- ③ 제2항에 따른 장기요양급여의 중단 및 제한 기준과 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제7조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 진단서, 장기요양인정서, 장기요양급여비용명세서, 장기요양급여 제공기록지, 장기요양급여 제공 확인서(회사양식) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 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 의료관법에서 정한 의료기관 또는 노인장기요양보험법 제2조(정의) 제4항에서 규정한 장기요양기관에서 발급한 것이어야 합니다. 단, 장기요양인정서는 국민건강보험공단에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제9조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제10조(특별약관의 무효)

- ① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제24조(계약의 무효)를 따릅니다.
- ② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제2항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「치매」의 정의 및 진단확정)의 「치매」로 진단확정된 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 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제11조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

25. 혈관성치매 치료비(급여,연간1회한) 특별약관

25-1. 혈관성치매 치료비(급여,연간1회한) 특별약관

25-2. 혈관성치매 치료비(급여,연간1회한)(간편가입) 특별약관

25-1은 일반심사형으로 운영하며,
25-2는 간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 혈관성치매 치료비(급여,연간1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보장개시일 이후에 「혈관성치매」로 진단받고 제3조(「급여 혈관성치매치료약제」의 정의 및 진단 확정)의 「급여 혈관성치매 치료약제」의 투약을 처방 받은 경우 연간1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
혈관성치매 치료비(급여,연간1회한)	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「혈관성치매」의 정의 및 진단확정)

- ① 「혈관성치매」라 함은 피보험자가 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여 「혈관성치매 분류표」(【별표11】

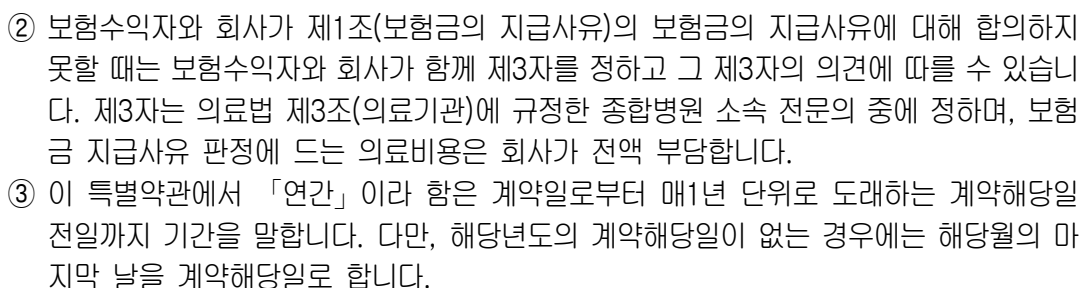
참조)에 해당하는 혈관성치매로 분류되는 질병을 말합니다.

- ② 「혈관성치매」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 또는 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의한 진단서(이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명 영상법(MRI), 뇌파검사, 뇌척수액 검사 등을 기초로 합니다)에 의합니다.

제3조(「급여 혈관성치매 치료약제」의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 「급여 혈관성치매 치료약제」라 함은 「혈관성치매」의 치료를 직접적인 목적으로 투약하는 약제 중 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 기준에 해당하는 약제를 말합니다.
- ② 「급여 혈관성치매 치료약제」의 투약처방은 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 「혈관성치매」의 치료를 직접적인 목적으로 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.
- ③ 제1항의 「급여 혈관성치매 치료약제」라 함은 「약제급여 목록 및 급여상환금액표」에서 정한 분류번호가 「114(해열, 진통, 소염제)」, 「218(동맥경화용제)」, 「219(기타의 순환계용약)」, 「333(혈액응고저지제)」, 「339(기타의 혈액 및 체액용약)」(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 「분류번호 찾아보기」에 준하는 분류번호)에 해당하는 약제 중 아래의 성분명을 가지는 약제를 말합니다.
1. Aspirin
 2. Cilostazol
 3. Clopidogrel
 4. Ticlopidine
 5. Triflusal
 6. Warfarin
- ④ 제3항의 「약제급여 목록 및 급여상환금액표」에서 정한 분류번호는 식품의약품안전처에서 정하는 “의약품등 분류번호에 관한 규정”에 따라 분류됩니다.
- ⑤ 제1항 내지 제4항에도 불구하고, 보건복지부에서 고시하는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침」 또는 「약제급여 목록 및 급여상환금액표」의 개정에 따라 제3항의 “분류번호”가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대해 판정이 불가능한 경우 변경 직전의 관련 법령에서 정한 기준을 따릅니다.
- ⑥ 제1항 내지 제4항에도 불구하고, “요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침” 또는 “약제 급여 목록 및 급여 상환금액표”의 개정으로 급여판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 “요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침” 또는 “약제 급여 목록 및 급여 상환금액표”에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

① 제1조(보험금의 지급사유)에 기재한 보장개시일은 계약일로부터 그 날을 포함하여 1년 이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 치매가 없는 상태에서 상해로 뇌의 손상을 직접적 인 원인으로 치매상태가 발생한 경우 계약일을 보장개시일로 합니다.



- 228 -

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- ② 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 아래의 사유로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 정신분열증이나 우울증과 같은 정신질환이 영향을 미친 인지기능의 장애
 2. 의사의 처방에 의하지 않은 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애
 3. 알코올 중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
 4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제6조(특별약관의 무효)

- ① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제24조(계약의 무효)를 따릅니다.
- ② 피보험자가 보험계약일로부터 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 전일 이전에 제2조(「혈관성치매」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「혈관성치매」로 진단확정된 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 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제7조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서(건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI) 필수 기재), 진단서(CDR 또는 KCD코드 기입), 「혈관성치매」를 확인할 수 있는 검사결과지, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 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 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적용한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

26. 표적치매약물허가치료비(최경증치매·경증알츠하이머치매)

(치료당,36회한)(갱신형_5년) 특별약관

26-1. 표적치매약물허가치료비(최경증치매·경증알츠하이머치매)

(치료당,36회한)(갱신형_5년) 특별약관

26-2. 표적치매약물허가치료비(최경증치매·경증알츠하이머치매)

(치료당,36회한)(간편가입)(갱신형_5년) 특별약관

26-1은 일반심사형으로 운영하며,
26-2는 간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 표적치매약물허가치료비(최경증치매·경증알츠하이머치매)(치료당,36회한) : 아래 ‘가’ 내지 ‘다’항에 모두 해당되는 경우 치료 1회당 아래의 금액을 지급(36회 한도)
가. 이 특별약관의 보험기간 중에 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 1항에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 질병 또는 상해로 인해 제2조(「최경증치매상태」 및 「경증알츠하이머치매상태」의 정의 및 진단 확정)의 「최경증치매상태」

또는 「경증알츠하이머치매상태」로 진단 확정된 경우

나. 제3조(「아밀로이드베타 적응증 상태」의 정의)의 「아밀로이드베타 적응증 상태」에 해당되는 경우

다. 가.의 「최경증치매상태」 또는 「경증알츠하이머치매상태」의 직접적인 치료를 목적으로 제4조(「아밀로이드베타 표적약물허가치료제」의 정의)의 「아밀로이드베타 표적약물허가치료제」의 투약 또는 투여를 받은 경우

구 분	지 급 금 액
표적치매약물허가치료비 (최경증치매·경증알츠하이머치매)(치료당,36회한)	이 특별약과 보험가입금액 (36회 한도)

제2조(「최경증치매상태」 및 「경증알츠하이머치매상태」의 정의 및 진단확정)

- ① 「최경증치매상태」라 함은 피보험자가 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여 「최경증 인지기능의 장애」가 발생한 상태를 말합니다.
- ② 「경증알츠하이머치매상태」라 함은 피보험자가 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여 「알츠하이머치매 분류표」(【별표10】참조)에 해당하는 알츠하이머 치매로 진단확정 받고 「경증 인지기능의 장애」가 발생한 상태를 말합니다.
- ③ 제1항에서 정한 「최경증 인지기능의 장애」라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사결과가 0.5점(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태를 말합니다.
- ④ 제2항에서 정한 「경증 인지기능의 장애」라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사결과가 1점(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태를 말합니다.

CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)

치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.

- ⑤ 「최경증치매상태」 및 「경증알츠하이머치매상태」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 또는 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.
- ⑥ 제5항의 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다. 회사는 치매상태의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매의 진단을 위해 실시한 검사결과

제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(「아밀로이드베타 적응증 상태」의 정의)

- ① 「아밀로이드베타 적응증 상태」라 함은 ‘아밀로이드베타(Aβ)’ 단백질이 침착된 정도를 평가하기 위한 의학적 검사의 결과가 ‘양성(Positive)’인 상태를 말합니다. 단, 양전자방출단층술(PET)검사의 경우, 그 결과가 ‘30 센틸로이드(Centiloid) 이상’인 상태를 말합니다.

아밀로이드베타(Aβ 또는 Abeta)

알츠하이머 환자의 뇌에서 발견되는 아밀로이드 플라크의 주성분으로서 알츠하이머 병에 결정적으로 관여하는 36-43개의 아미노산 펩타이드를 의미합니다.

센틸로이드(Centiloid)

알츠하이머병 연구와 임상에서 뇌의 아밀로이드 플라크 침착량을 표준화하여 측정하는 정량적 척도이며 0~100의 범위를 가집니다.

- ② 「아밀로이드베타 적응증 상태」의 판단은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 또는 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의해 내려져야 하며, 이 판단은 병력, 신경학적 검진과 함께 양전자방출단층술(PET), 뇌척수액검사, 혈액검사 등을 기초로 하여야 합니다.

용어설명

[양전자 방출 단층술(PET)]

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

[뇌척수액 검사]

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

제4조(「아밀로이드베타 표적약물허가치료제」의 정의)

이 특별약관에 있어서 「아밀로이드베타 표적약물허가치료제」라 함은 의료법 제3조(의료기관)의 의료기관에서 정한 정신건강의학과 또는 신경과의 전문의 자격을 가진 자가 침착된 ‘아밀로이드베타(Aβ)’ 단백질을 제거하기 위해 사용하는 치료제로서, 식품의약품안전처에서 허가된 치료제를 말합니다.

아밀로이드베타 표적약물허가치료제 해당 성분명 안내

- 레카네맵(lecaneumab)

※ 상기 치료제의 해당 성분명은 2024년 10월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소시 해당 내용이 변경될 수 있습니다.

제5조(「최경증이상치매상태」 및 「중등도이상치매상태」의 정의 및 진단확정)

- ① 「최경증이상치매상태」라 함은 피보험자가 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 1항에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여 「최경증이상 인지기능의 장애」가 발생한 상태를 말합니다.
- ② 「중등도이상치매상태」라 함은 피보험자가 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 1항에서 정한 보장개시일 이후에 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여 「중등도이상 인지기능의 장애」가 발생한 상태를 말합니다.
- ③ 제1항에서 정한 「최경증이상 인지기능의 장애」라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사결과가 0.5점 이상(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태를 말합니다.
- ④ 제2항에서 정한 「중등도이상 인지기능의 장애」라 함은 CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)의 검사결과가 2점 이상(단, 국내 의학계에서 인정되는 검사방법으로 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태를 말합니다.

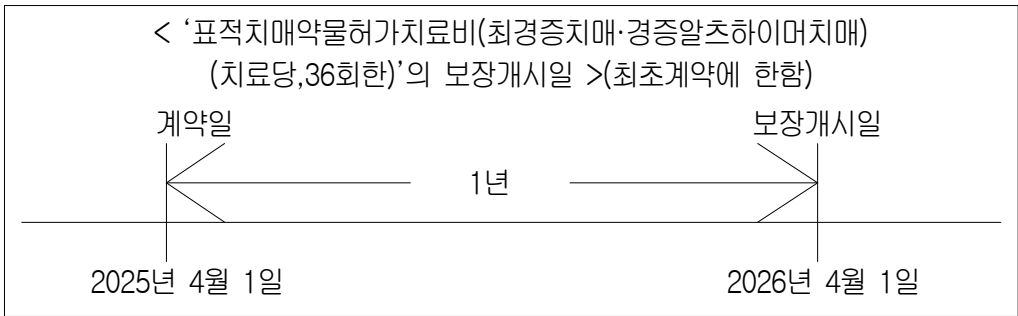
CDR척도(Clinical dementia rating scale, 2001년)

치매관련 전문가가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.

- ⑤ 「최경증이상치매상태」 및 「중등도이상치매상태」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 또는 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.
- ⑥ 제5항의 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다. 회사는 치매상태의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) ‘표적치매약물허가치료비(최경증치매·경증알츠하이머치매)(치료당,36회한)’의 보장개시일은 다음 각 호를 따릅니다. 다만, 치매가 없는 상태에서 상해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 치매상태가 발생한 경우 계약일을 보장개시일로 합니다.
 1. 최초계약의 경우 : 보험계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날
 2. 갱신계약의 경우 : 이 특별약관의 갱신일



- ② 피보험자가 보장개시일 이후 제1조(보험금의 지급사유) ‘표적치매약물허가치료비(최경증치매·경증알츠하이머치매)(치료당,36회한)’를 받기 시작하고, 36회차 치료를 받기 이전에 보험기간(갱신형은 갱신종료나이)이 끝났을 때에도 36회차 치료가 끝날 때까지의 계속 중인 「아밀로이드베타 표적약물허가치료제」의 투약 또는 투여에 대하여는 보험금을 보장하여 드립니다.
- ③ 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.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- ② 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에도 불구하고 아래의 사유로 인하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 정신분열증이나 우울증과 같은 정신질환이 영향을 미친 인지기능의 장애
 2. 의사의 처방에 의하지 않은 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애
 3. 알코올 중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
 4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제8조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서(CDR 또는 KCD코드 기입), 「아밀로이드베타 적응증 상태」를 확인할 수 있는 검사결과지, 「아밀로이드베타 표적약물허가치료제」 투약 또는 투여를 확인할 수 있는 서류(진단서, 진료확인서, 소견서 등))
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조(특별약관의 무효)

- ① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제24조(계약의 무효)를 따릅니다.
- ② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제5조(「최경증이상치매상태」 및 「중등도이상치매상태」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「최경증이상치매상태」로 진단 확정되어 있는 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 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제10조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제6조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제11조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 표적치매약물허가치료비(최경증치매·경증알츠하이머치매)(치료당,36회한)의 36회차 보험금이 지급된 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 제5조(「최경증이상치매상태」 및 「중등도이상치매상태」의 정의 및 진단확정)에서 정한 「중등도이상치매상태」로 진단 확정된 경우에는 이 보장도 소멸되며 회사

- 는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적용한 「중등도이상치 매상태」로 진단 확정 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다) 하였을 경우에는 이 보장도 소멸되며 회사는 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적용한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제12조(계약의 갱신 및 보험료의 납입방법)

이 특별약관의 갱신에 관한 사항은 「제6장. 제도성 특별약관 중 7. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」을 따릅니다.

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

제3장. 손해관련 특별약관

1. 일반상해사망 특별약관

1-1. 일반상해사망 특별약관

1-2. 일반상해사망(경증간편가입) 특별약관

1-1은 일반심사형으로 운영하며,
1-2는 경증간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 일반상해사망보험금 : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해를 입고 그 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다.) 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
일반상해사망보험금	이 특별약관 보험가입금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 ‘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.
- ② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 ‘사망’의 원인 및 ‘사망보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ③ 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.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않

습니다.

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. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

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 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 포함한다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 일반상해사망보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.
- ② 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 피보험자가 사망한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

2. 일반상해후유장해(80%이상) 특별약관

2-1. 일반상해후유장해(80%이상) 특별약관

2-2. 일반상해후유장해(80%이상)(경증간편가입) 특별약관

2-1은 일반심사형으로 운영하며,
2-2는 경증간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 일반상해후유장해(80%이상)보험금 : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해를 입고 그 상해로 「장해분류표」(【별표1】참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 후유장해상태가 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
일반상해후유장해(80%이상)보험금	이 특별약관 보험가입금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 장해지급률이 상해 발생일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 「장해분류표」에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하며, 계약의 효력이 없어진 경우에는 다음 각 호의 기간 중에 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
 1. 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일로부터 2년 이내
 2. 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일로부터 1년 이내
- ③ 「장해분류표」에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 「장해분류표」의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 「장해분류표」의 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 합산하여 지급합니다. 다만, 「장해분류표」의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그

기준에 따릅니다.

- ⑥ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해 지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급 받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 「장해분류표」의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인)에 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)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

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 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

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 일반상해후유장해(80%이상)보험금지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

3. 간병인사용 일반상해입원비(요양병원제외)(1일-150일) 특별약관

3-1. 간병인사용 일반상해입원비(요양병원제외)(1일-150일) 특별약관

3-2. 간병인사용 일반상해입원비(요양병원제외)(1일-150일) (경증간편가입) 특별약관

3-1은 일반심사형으로 운영하며,
3-2는 경증간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 간병인사용 일반상해입원비(요양병원제외)(1일-150일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해를 입고 그 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다.)에 1일 이상 계속입원하여 치료를 받으며 제3조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급.

다만, 간병인사용 일반상해입원비(요양병원제외)(1일-150일)의 지급일수는 1회 입원당 150일을 한도로 합니다.

구 분	지 급 기 준	지 급 금 액
간병인사용 일반상해입원비(요양병원 제외)(1일-150일)	간병인 사용금액 1일당 7만원 미만	사용일 1일당 보험가입금액의 50%
	간병인 사용금액 1일당 7만원 이상	사용일 1일당 보험가입금액

※ 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다.

※ 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 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.

제2조(「입원」의 정의와 장소)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 「간병인사용 일반상해입원비(요양병원제외)(1일-150일)」에서 「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 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다.)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제3조(간병인의 정의)

- ① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.
- ② 제1항에서 간병서비스라 함은 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 간병인이 피보험자의 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

간병인의 주요 업무(예시)

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부 위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

- ③ 제1항의 사업자는 간병관련 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 서비스사업자는 「직업안정법상」 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

제4조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말한다.

<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.

<의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)>

- ① 법 제4조의2제1항에서 “보건복지부령으로 정하는 입원 환자”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 입원 환자
 3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자

- ② 법 제4조의2제2항에서 “보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관”이란 병원, 치과 병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
- ③ 법 제4조의2제3항에서 “보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준”이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
- ④ 법 제4조의2제4항 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」 제2조제4호에 따른 군보건의료기관
 2. 「치료감호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 「간병인사용 일반상해입원비(요양병원제외)(1일-150일)」에서 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다. 이때, 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다.

<간병인사용 일반상해입원비(요양병원제외)(1일-150일) 계산예시>

- 보험계약일(보장개시일) : 2025년 4월 1일, 보험가입금액 : 2만원
- 입원기간 및 간병인 사용일 예시
 - 입원기간 : 2025년 4월 1일 ~ 2025년 4월 30일
 - 간병인 사용일 및 사용금액
 - 2025년 4월 10일 ~ 4월 17일 사용 : 총 사용일수 8일, 총사용금액 88만원, 1일당 평균 7만원 이상에 해당.
→ 2만원 × 8일 = 16만원 지급
 - 2025년 4월 20일 ~ 4월 24일 오전, 4월 24일 오후, 4월 25일 오후 ~ 4월 27일 사용 : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 52만원, 1일당 평균 7만원 미만에 해당
→ 1만원 × 8일 = 8만원 지급
- 간병인사용 일반상해입원비(요양병원제외)(1일-150일) 지급금액
: 간병인 사용일수 16일, 보험금 16만원 + 8만원 = 24만원 지급

- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다.
- ④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 계속하여 보장합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제

1조(보험금의 지급사유) 제1호 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

- ⑥ 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.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 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
- ③ 제1항 이외에도 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병 통합서비스를 제공받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 간병인사용 일반상해입원비(요양병원제외)(1일~150일)은 지급하지 않습니다.

제7조(보험금 등의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
- ③ 제3조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자의 직인 및 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. 사업자등록증
 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.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적용한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

4. 간병인사용 일반상해입원비(요양병원)(1일-150일) 특별약관

4-1. 간병인사용 일반상해입원비(요양병원)(1일-150일) 특별약관

4-2. 간병인사용 일반상해입원비(요양병원)(1일-150일)(경증간편가입) 특별약관

4-1은 일반심사형으로 운영하며,
4-2는 경증간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 간병인사용 일반상해입원비(요양병원)(1일-150일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해를 입고 그 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원에 1일이상 계속입원하여 치료를 받으며 제3조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급

다만, 간병인사용 일반상해입원비(요양병원)(1일-150일)의 지급일수는 1회 입원당 150일을 한도로 합니다.

구 분	지 급 금 액
간병인사용 일반상해입원비(요양병원)(1일-150일)	사용일 1일당 보험가입금액(150일한도)

제2조(「입원」의 정의와 장소)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 「간병인사용 일반상해입원비(요양병원)(1일-150일)」에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제3조(간병인의 정의)

- ① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불

하는 것이 확인된 자에 한합니다.

- ② 제1항에서 간병서비스라 함은 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 간병인이 피보험자의 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스의 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

간병인의 주요 업무(예시)

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부 위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

- ③ 제1항의 사업자는 간병관련 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 서비스사업자는 「직업안정법상」 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

제4조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 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.

<의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)>

- ① 법 제4조의2제1항에서 “보건복지부령으로 정하는 입원 환자”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 입원 환자
 3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자
- ② 법 제4조의2제2항에서 “보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관”이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
- ③ 법 제4조의2제3항에서 “보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준”이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
- ④ 법 제4조의2제4항 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」 제2조제4호에 따른 군보건의료기관
 2. 「치료감호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 계속하여 보장합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 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.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 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
- ③ 제1항 이외에도 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 간병인사용 일반상해입원비(요양병원)(1일~150일)은 지급하지 않습니다.

제7조(보험금 등의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
- ③ 제3조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.

1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자의 직인 및 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. 사업자등록증
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.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

5. 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(1일-150일) 특별약관

5-1. 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(1일-150일) 특별약관

5-2. 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(1일-150일)(경증간편가입) 특별약관

5-1은 일반심사형으로 운영하며,
5-2는 경증간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(1일-150일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해를 입고 그 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병

원(한방병원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다.)에 1일이상 계속입원하여 치료를 받으며 제3조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급
다만, 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(1일~150일)의 지급일수는 1회 입원당 150일을 한도로 합니다.

구 분	지 급 금 액
간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(1일~150일)	사용일 1일당 보험가입금액(150일한도)

제2조(「입원」의 정의와 장소)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 「간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(1일~150일)」에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제3조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 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.

<의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)>

- ① 법 제4조의2제1항에서 “보건복지부령으로 정하는 입원 환자”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 입원 환자
 - 3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자
- ② 법 제4조의2제2항에서 “보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관”이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
- ③ 법 제4조의2제3항에서 “보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준”이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
- ④ 법 제4조의2제4항 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」 제2조제4호에 따른 군보건의료기관
 - 2. 「치료감호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 계속하여 보장합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

- ⑤ 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.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 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 등의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요

하여 제출하는 서류

- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
- ③ 제3조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적용한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

6. 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(1일-60일) 특별약관

6-1. 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(1일-60일) 특별약관

6-2. 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(1일-60일)(경증간편가입) 특별약관

6-1은 일반심사형으로 운영하며,
6-2는 경증간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

- 1. 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(1일-60일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해를 입고 그 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원(한방병원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다.)에 1일이상 계속입원하여 치료를 받으며 제3조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급
다만, 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(1일-60일)의 지급일수는 1회 입원당 60일을 한도로 합니다.

구 분	지 급 금 액
간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(1일-60일)	사용일 1일당 보험가입금액(60일한도)

제2조(「입원」의 정의와 장소)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 「간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(1일-60일)」에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관은 제외합니다.)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제3조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 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.

<의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)>

- ① 법 제4조의2제1항에서 “보건복지부령으로 정하는 입원 환자”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 입원 환자
 3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자
- ② 법 제4조의2제2항에서 “보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관”이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
- ③ 법 제4조의2제3항에서 “보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준”이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
- ④ 법 제4조의2제4항 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」 제2조제4호에 따른 군보건의료기관
 2. 「치료감호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 각각 더하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 계속하여 보장합니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑤ 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.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 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 등의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
- ③ 제3조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는

서류여야 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

7. 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(종합병원)(1일-60일) 특별약관

7-1. 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(종합병원)(1일-60일)

특별약관

7-2. 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(종합병원)(1일-60일)

(경증간편가입) 특별약관

7-1은 일반심사형으로 운영하며,
7-2는 경증간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(종합병원)(1일-60일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해를 입고 그 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 종합병원에 1일이상 계속입원하여 치료를 받으며 제3조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급

다만, 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(종합병원)(1일-60일)의 지급일수는 1회 입원당 60일을 한도로 합니다.

구 분	지 급 금 액
간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(종합병원)(1일-60일)	사용일 1일당 보험가입금액(60일한도)

제2조(「입원」의 정의와 장소)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 「간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(종합병원)(1일-60일)」에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제3조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 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.

<의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)>

- ① 법 제4조의2제1항에서 “보건복지부령으로 정하는 입원 환자”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 입원 환자
 3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자
- ② 법 제4조의2제2항에서 “보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관”이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
- ③ 법 제4조의2제3항에서 “보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준”이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
- ④ 법 제4조의2제4항 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」 제2조제4호에 따른 군보건의료기관
 2. 「치료감호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제4조(종합병원의 정의)

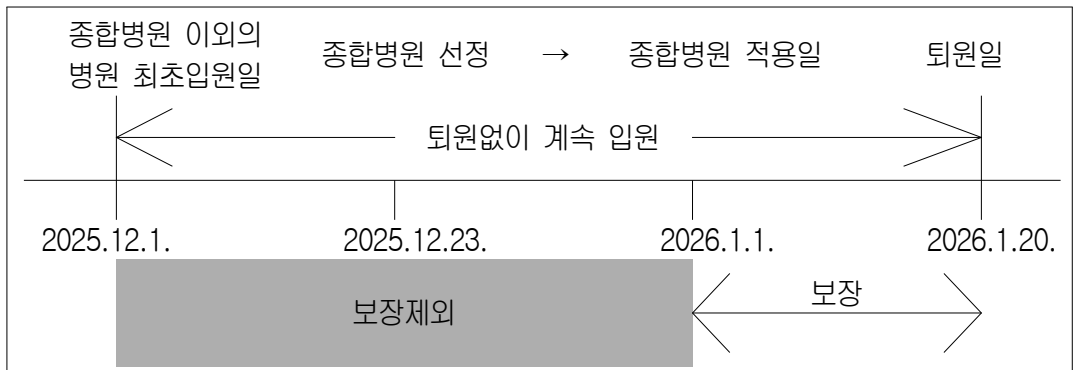
이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

<의료법 제3조의3(종합병원)>

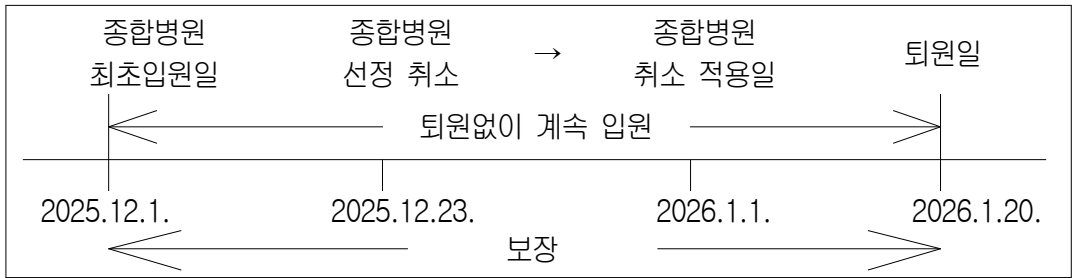
- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
 1. 100개 이상의 병상을 갖추는 것
 2. 100 병상 이상 300 병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 3. 300 병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
- ② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 “필수진료과목”이라한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 각각 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 계속하여 보장합니다.
- ④ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 제4조(종합병원의 정의)의 종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 간호간병통합서비스 일반상해입원비(종합병원)(1일-60일)를 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 제4조(종합병원의 정의)의 종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 간호간병통합서비스 일반상해입원비(종합병원)(1일-60일)를 지급합니다.
- ⑥ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제4조(종합병원의 정의)의 종합병원에 해당하게 된 경우 종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 간호간병통합서비스 일반상해입원비(종합병원)(1일-60일)를 지급합니다.



- ⑦ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제4조(종합병원의 정의)의 종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 간호간병통합서비스 일반상해입원비(종합병원)(1일-60일)를 지급합니다.



- ⑧ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑨ 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.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 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

제7조(보험금 등의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
- ③ 제3조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

8. 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(상급종합병원)(1일-60일)

특별약관

8-1. 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(상급종합병원)(1일-60일)

특별약관

8-2. 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(상급종합병원)(1일-60일) (경증간편가입) 특별약관

8-1은 일반심사형으로 운영하며,
8-2는 경증간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(상급종합병원)(1일-60일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해를 입고 그 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원에 1일이상 계속입원하여 치료를 받으며 제3조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급
다만, 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(상급종합병원)(1일-60일)의 지급일수는 1회 입원당 60일을 한도로 합니다.

구 분	지 급 금 액
간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(상급종합병원)(1일-60일)	사용일 1일당 보험가입금액(60일한도)

제2조(「입원」의 정의와 장소)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 「간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(상급종합병원)(1일-60일)」에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제3조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 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.

<의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)>

- ① 법 제4조의2제1항에서 “보건복지부령으로 정하는 입원 환자”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 입원 환자
 3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자
- ② 법 제4조의2제2항에서 “보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관”이란 병원, 치과 병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
- ③ 법 제4조의2제3항에서 “보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준”이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

- ④ 법 제4조의2제4항 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」 제2조제4호에 따른 군보건의료기관
 2. 「치료감호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제4조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)】

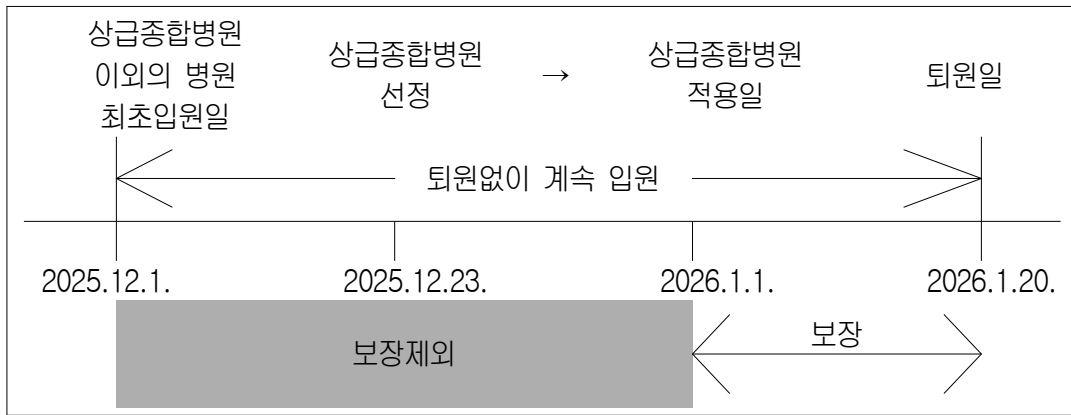
- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
 1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖춘 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 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(보험금 지급에 관한 세부규정)

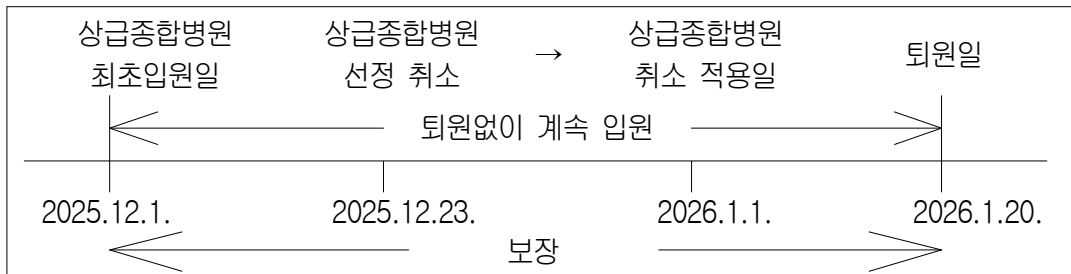
- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 각각 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 합산합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 계속하여 보장합니다.
- ④ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 제4조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한

날부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 간호간병통합서비스 일반상해입원비(상급종합병원)(1일-60일)를 지급합니다.

- ⑤ 피보험자가 제4조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 상급종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 간호간병통합서비스 일반상해입원비(상급종합병원)(1일-60일)를 지급합니다.
- ⑥ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제4조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원에 해당하게 된 경우 상급종합병원 적용일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 간호간병통합서비스 일반상해입원비(상급종합병원)(1일-60일)를 지급합니다.



- ⑦ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제4조(상급종합병원의 정의)의 상급종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1항에 따라 간호간병통합서비스 일반상해입원비(상급종합병원)(1일-60일)를 지급합니다.



- ⑧ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑨ 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.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 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

제7조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

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

③ 제3조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는

서류여야 합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

9. 간병인사용 일반상해입원비(요양,정신,한방병원제외)(151일이상) 특별약관

9-1. 간병인사용 일반상해입원비(요양,정신,한방병원제외)(151일이상)

특별약관

9-2. 간병인사용 일반상해입원비(요양,정신,한방병원제외)(151일이상)

(경증간편가입) 특별약관

9-1은 일반심사형으로 운영하며,
9-2는 경증간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 간병인사용 일반상해입원비(요양,정신,한방병원제외)(151일이상) : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해를 입고 그 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 제외) 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 151일이상 계속입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 151일째 입원일로부터 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급합니다.

다만, 간병인사용 일반상해입원비(요양,정신,한방병원제외)(151일이상)의 지급일수는 1회 입원당 215일을 한도로 합니다.

구 분	지 급 기 준	지 급 금 액
간병인사용 일반상해입원비 (요양,정신,한방병원제외) (151일이상)	간병인 사용금액 1일당 7만원 미만	151일째 입원일로부터 사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%(215일한도)
	간병인 사용금액 1일당 7만원 이상	151일째 입원일로부터 사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액(215일한도)

※ 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다.

※ 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 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.

제2조(「입원」의 정의와 장소)

- ① 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 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 정의)에 해당하는 의료기관은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 제외) 또는 의원(한의원을 포함합니다)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 정의)

이 특별약관에서 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원을 말합니다.

제4조(간병인의 정의)

- ① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.
- ② 제1항에서 간병서비스라 함은 피보험자가 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 제외) 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 간병인이 피보험자의 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을

말하며, 의료법 제4조2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

간병인의 주요 업무(예시)

침대높낮이 조정, 화장실 부족, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부 위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

- ③ 제1항의 사업자는 간병관련 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 서비스사업자는 「직업안정법상」 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 간병인사용 일반상해입원비(요양,정신,한방병원제외)(151일이상)의 지급일수는 1회 입원당 215일을 한도로 합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다. 이때, 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다.

<간병인사용 일반상해입원비(요양,정신,한방병원제외)(151일이상) 계산예시>

- 보험계약일(보장개시일) : 2025년 4월 1일, 보험가입금액 : 2만원
- 입원기간 및 간병인 사용일 예시
 - 입원기간 : 2025년 4월 1일 ~ 2025년 10월 30일
 - 간병인 사용일 및 사용금액
 - 2025년 4월 1일 ~ 10월 15일 사용
 - : 총 사용일수 198일, 총사용금액 1,584만원 1일당 평균 7만원 이상에 해당.
 - 2만원 × 48일(198일-150일) = 96만원 지급
 - 2025년 10월 20일 ~ 10월 24일 오전, 10월 24일 오후, 10월 25일 오후 ~ 10월 27일 사용
 - : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 52만원, 1일당 평균 7만원 미만에 해당
 - 1만원 × 8일 = 8만원 지급
- 간병인사용 일반상해입원비(요양,정신,한방병원제외)(151일이상) 지급금액
 - : 간병인 사용일수 56일, 보험금 96만원 + 8만원 = 104만원 지급

- ③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 지급일수는 151일째 입원일로부터 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 각각 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를

받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 간병인사용 일반상해입원비(요양,정신,한방병원제외)(151일이상)를 계속하여 보장합니다.

- ⑥ 피보험자가 제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 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) 제1호에 따라 간병인사용 일반상해입원비(요양,정신,한방병원제외)(151일이상)를 지급합니다.
- ⑦ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받던 중 제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 정의)에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 해당 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다) 퇴원일까지 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 간병인사용 일반상해입원비(요양,정신,한방병원제외)(151일이상)를 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 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) 제1호에 따라 간병인사용 일반상해입원비(요양,정신,한방병원제외)(151일이상)를 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) 제1호에 따라 간병인사용 일반상해입원비(요양,정신,한방병원제외)(151일이상)를 지급합니다.
- ⑩ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑪ 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.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 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 포함한다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안
- ③ 제1항 이외에도 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 간병인사용 일반상해입원비(요양,정신,한방병원제외)(151일이상)은 지급하지 않습니다.

제7조(보험금 등의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
- ③ 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
 1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자의 직인 및 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. 사업자등록증

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.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

**10. 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(요양,정신,한방병원제외)
(151일이상) 특별약관**

**10-1. 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비
(요양,정신,한방병원제외)(151일이상) 특별약관**

**10-2. 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비
(요양,정신,한방병원제외)(151일이상)(경증간편가입) 특별약관**

10-1은 일반심사형으로 운영하며,
10-2는 경증간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(요양,정신,한방병원제외)(151일이상) : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해를 입고 그 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 제외)에 151일이상 계속입원하여 치료를 받으며 제4조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 151일째 입원일로부터 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급합니다.

다만, 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(요양,정신,한방병원제외)(151일이상)의 지급일수는 1회 입원당 215일을 한도로 합니다.

구 분	지 급 금 액
간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비 (요양,정신,한방병원제외)(151일이상)	151일째 입원일로부터 사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액(215일한도)

제2조(「입원」의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 제3조 (「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 정의)에 해당하는 의료기관은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 제외)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 정의)

이 특별약관에서 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원을 말합니다.

제4조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)>

- ① 법 제4조의2 제1항에서 “보건복지부령으로 정하는 입원 환자”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 입원 환자
 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

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 지급일수는 151일째 입원일로부터 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 각각 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 계속하여 보장합니다.
- ④ 피보험자가 제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(요양,정신,한방병원제외)(151일이상)를 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 정의)에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 해당 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원 퇴원일까지 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(요양,정신,한방병원제외)(151일이상)를 지급합니다.

<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」 제2조 제3호에 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.
- ⑥ 피보험자가 제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원에 해당하게 된 경우 지정일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(요양, 정신, 한방병원제외)(151일이상)를 지급합니다.
 - ⑦ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」에 해당하게 된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(요양, 정신, 한방병원제외)(151일이상)를 지급합니다.
 - ⑧ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
 - ⑨ 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.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 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

제7조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

③ 제4조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적합한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

11. 간병인사용 일반상해입원지원비(요양병원제외)

(간병인비용연간200만원이상) 특별약관

11-1. 간병인사용 일반상해입원지원비(요양병원제외)

(간병인비용연간200만원이상) 특별약관

11-2. 간병인사용 일반상해입원지원비(요양병원제외)

(간병인비용연간200만원이상)(경증간편가입) 특별약관

11-1은 일반심사형으로 운영하며,
11-2는 경증간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 간병인사용 일반상해입원지원비(요양병원제외)(간병인비용연간200만원이상) : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해를 입고 그 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다)에 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 「연간 간병인 사용금액 총액」이 200만원 이상인 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급합니다.

연간 간병인 사용금액 총액	지 급 금 액
200만원이상 300만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 10%
300만원이상 500만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 15%
500만원이상 700만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 25%
700만원이상 1,000만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 35%
1,000만원이상 1,500만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
1,500만원이상 2,000만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 75%
2,000만원이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항에서 간병인 사용금액은 1일당 25만원을 한도로 합니다.

제2조(「입원」의 정의와 장소)

① 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 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 제3조(「요양병원」의 정의)에 해당하는 의료기관은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

- ② 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 「연간 간병인 사용금액 총액」을 적용합니다.

제3조(「요양병원」의 정의)

이 특별약관에서 「요양병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 3호 라목 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제4조(간병인의 정의)

- ① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.
- ② 제1항에서 간병서비스라 함은 피보험자가 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다)에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 간병인이 피보험자의 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

간병인의 주요 업무(예시)

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

- ③ 제1항의 사업자는 간병관련 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 서비스사업자는 「직업안정법상」 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

제5조(「연간 간병인 사용금액 총액」의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「연간 간병인 사용금액 총액」이라 함은 해당 상해의 진료를 위하여 병원 또는 의원에 최초입원한 날이 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간 내에 있는 간병인 사용금액을 합산한 금액을 말하며 간병인 이용에 사용된 금액 외에 간병에 쓰인 비용은 포함하지 않습니다.
- ② 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험년도가 변경된 경우에도 해당 상해로 최초입원한 날에 해당하는 「연간 간병인 사용금액 총액」에 합산하여 적용합니다.

[연간 간병인 사용금액 총액 계산 예시 - 보험가입금액 200만원 가입시]

예시1)

· 보험계약일(보장개시일) : 2025년 5월 1일

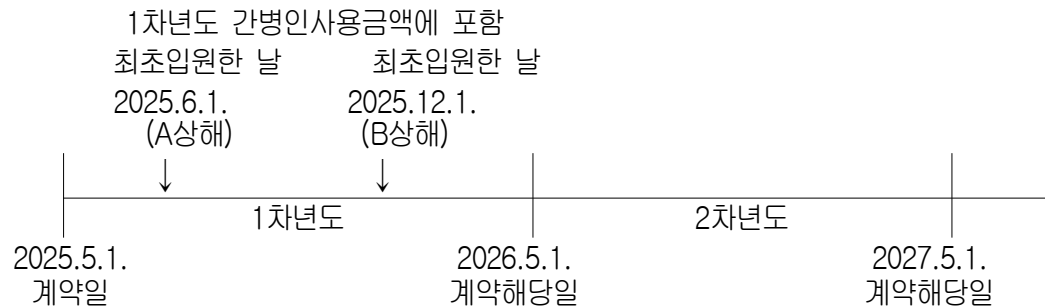
A상해	- 입원기간 : 2025년 6월 1일 ~ 6월 30일(30일) - 간병인 사용기간 : 2025년 6월 11일 ~ 6월 17일(7일) - 간병인 사용금액 : 70만원 → 1일당 평균사용금액 10만원이므로 1일당 10만원 적용
B상해	- 입원기간 : 2025년 12월 1일 ~ 12월 30일(30일) - 간병인 사용기간 : 2025년 12월 4일 ~ 12월 13일(10일) - 간병인 사용금액 : 300만원 → 1일당 평균사용금액 30만원이므로 1일당 25만원 적용

· (A상해) : 1일당 평균 10만원 사용으로 1일당 10만원 적용
(10만원 X 7일 = 70만원)

· (B상해) : 1일당 평균 30만원 사용으로 1일당 25만원 적용
(25만원 X 10일 = 250만원)

→ 1차년도 간병인 사용금액 총액 : (A상해) 70만원 + (B상해) 250만원 = 320만원

⇒ 보험가입금액의 15% 지급. 1차년도 지급금액 : 30만원



예시2)

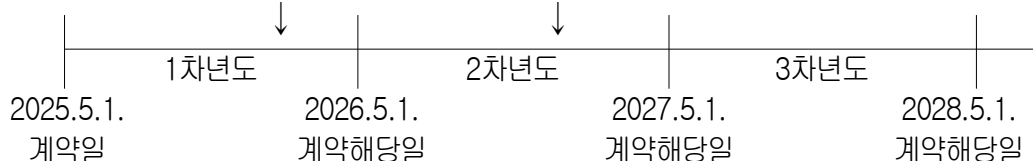
· 보험계약일(보장개시일) : 2025년 5월 1일

A상해	- 입원기간 : 2026년 4월 20일 ~ 5월 19일(30일) - 간병인 사용기간 : 2026년 4월 25일 ~ 5월 14일(20일) - 간병인 사용금액 : 400만원 → 1일당 평균사용금액 20만원이므로 1일당 20만원 적용
B상해	- 입원기간 : 2026년 11월 20일 ~ 12월 19일(30일) - 간병인 사용기간 : 2026년 11월 25일 ~ 12월 14일(20일) - 간병인 사용금액 : 600만원 → 1일당 평균사용금액 30만원이므로 1일당 25만원 적용

입원기간 중 보험년도 변경시 최초입원한 날의 보험년도 간병인 사용금액 총액에 합산함.

- (A상해) : 1일당 평균 20만원 사용으로 1일당 20만원 적용
(20만원 X 20일 = 400만원)
→ 1차년도 간병인 사용금액 총액 : (A상해) 400만원
⇒ **보험가입금액의 15% 지급. 1차년도 지급금액 : 30만원**
- (B상해) : 1일당 평균 30만원 사용으로 1일당 25만원 적용
(25만원 X 20일 = 500만원)
→ 2차년도 간병인 사용금액 총액 : (B상해) 500만원
⇒ **보험가입금액의 25% 지급. 2차년도 지급금액 : 50만원**

1차년도 간병인 사용금액에 포함 최초입원한 날 2026.4.20. (A상해)	2차년도 간병인 사용금액에 포함 최초입원한 날 2026.11.20. (B상해)



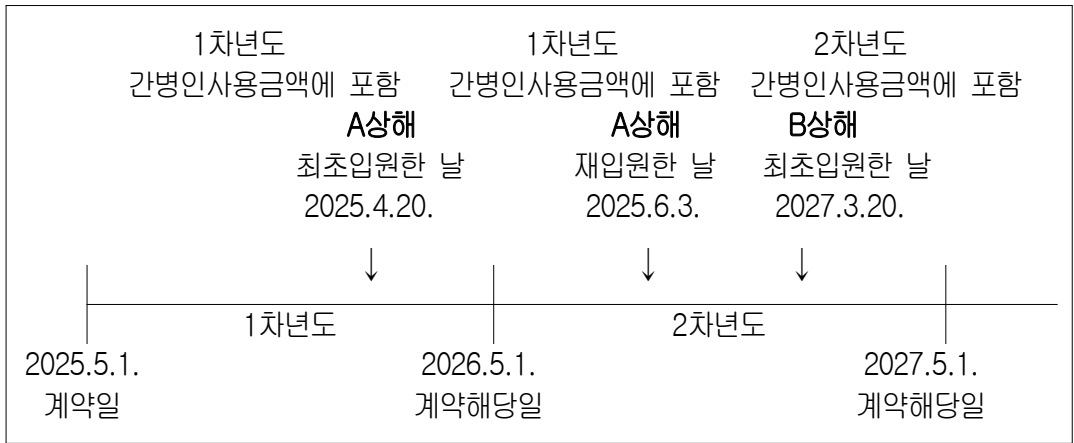
예시3)

- 보험계약일(보장개시일) : 2025년 5월 1일

A상해	- 입원기간 : 2026년 4월 20일 ~ 5월 2일, 2026년 6월 3일 ~ 6월 17일 - 간병인 사용기간 및 간병인 사용금액 : 총 640만원(20일) · 2026년 4월 21일 ~ 4월 28일(8일), 사용금액 400만원 · 2026년 6월 5일 ~ 6월 16일(12일), 사용금액 240만원 → 1일당 평균사용금액이 32만원이므로 1일당 25만원 적용
B상해	- 입원기간 : 2027년 3월 20일 ~ 4월 5일 - 간병인 사용기간 : 2027년 3월 22일 ~ 3월 31일(10일) - 간병인 사용금액 : 300만원 → 1일당 평균사용금액이 30만원이므로 1일당 25만원 적용

같은 상해로 2회이상 입원시 최초입원한 날 보험년도의 간병인 사용금액 총액에 합산함.

- (A상해) : 1일당 평균사용금액이 32만원이므로 1일당 25만원 적용
(25만원 X 20일 = 500만원)
→ 1차년도 간병인 사용금액 총액 : (A상해) 500만원
⇒ **보험가입금액의 25% 지급. 1차년도 지급금액 : 50만원**
- (B상해) : 1일당 평균 30만원 사용으로 1일당 25만원 적용
(25만원 X 10일 = 250만원)
→ 2차년도 간병인 사용금액 총액 : (B상해) 250만원
⇒ **보험가입금액의 10% 지급. 2차년도 지급금액 : 20만원**



제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
- ② 제5조(「연간 간병인 사용금액 총액」의 정의)에도 불구하고 보험수익자가 계약해당일 전일 이전에 보험금을 청구한 경우에는 회사는 해당 보험금 청구일의 「연간 간병인 사용금액 총액」을 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다. 다만, 해당 보험금 청구일 이후 「연간 간병인 사용금액 총액」이 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금보다 증가한 경우 회사는 그 차액을 보험수익자에게 추가로 지급합니다. 한편, 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금보다 감소한 경우 보험수익자는 그 차액을 회사에 납입하여야 합니다.
- ③ 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 「연간 간병인 사용금액 총액」을 적용합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 계속하여 보장합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 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.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운

의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 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
- ③ 제1항 이외에도 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호의 간병인사용 일반상해입원지원비(요양병원제외)(간병인비용연간200만원이상)은 지급하지 않습니다.

제8조(보험금 등의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
- ③ 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
 1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자의 직인 및 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전

표 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. 사업자등록증

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.

제9조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

12. 간병인사용 일반상해입원지원비(요양병원)(간병인비용연간200만원이상)

특별약관

12-1. 간병인사용 일반상해입원지원비(요양병원)

(간병인비용연간200만원이상) 특별약관

12-2. 간병인사용 일반상해입원지원비(요양병원)

(간병인비용연간200만원이상)(경증간편가입) 특별약관

12-1은 일반심사형으로 운영하며,
12-2는 경증간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 간병인사용 일반상해입원지원비(요양병원)(간병인비용연간200만원이상) : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해를 입고 그 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에

지장을 가져와 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 「연간 간병인 사용금액 총액」이 200만원 이상인 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급합니다.

연간 간병인 사용금액 총액	지 급 금 액
200만원이상 300만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 10%
300만원이상 500만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 15%
500만원이상 700만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 25%
700만원이상 1,000만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 35%
1,000만원이상 1,500만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
1,500만원이상 2,000만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 75%
2,000만원이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항에서 간병인 사용금액은 1일당 25만원을 한도로 합니다.

제2조(「입원」의 정의와 장소)

- ① 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 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 상해로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 「연간 간병인 사용금액 총액」을 적용합니다.

제3조(「요양병원」의 정의)

이 특별약관에서 「요양병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제4조(간병인의 정의)

- ① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.
- ② 제1항에서 간병서비스라 함은 피보험자가 요양병원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 간병인이 피보험자의 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

간병인의 주요 업무(예시)

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부 위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

- ③ 제1항의 사업자는 간병관련 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 서비스사업자는 「직업안정법상」 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

제5조(「연간 간병인 사용금액 총액」의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「연간 간병인 사용금액 총액」이라 함은 해당 상해의 진료를 위하여 병원 또는 의원에 최초입원한 날이 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간 내에 있는 간병인 사용금액을 합산한 금액을 말하며 간병인 이용에 사용된 금액 외에 간병에 쓰인 비용은 포함하지 않습니다.
- ② 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험년도가 변경된 경우에도 해당 상해로 최초입원한 날에 해당하는 「연간 간병인 사용금액 총액」에 합산하여 적용합니다.

[연간 간병인 사용금액 총액 계산 예시 - 보험가입금액 200만원 가입시]

예시1)

· 보험계약일(보장개시일) : 2025년 5월 1일

A상해	- 입원기간 : 2025년 6월 1일 ~ 6월 30일(30일) - 간병인 사용기간 : 2025년 6월 11일 ~ 6월 17일(7일) - 간병인 사용금액 : 70만원 → 1일당 평균사용금액 10만원이므로 1일당 10만원 적용
B상해	- 입원기간 : 2025년 12월 1일 ~ 12월 30일(30일) - 간병인 사용기간 : 2025년 12월 4일 ~ 12월 13일(10일) - 간병인 사용금액 : 300만원 → 1일당 평균사용금액 30만원이므로 1일당 25만원 적용

· (A상해) : 1일당 평균 10만원 사용으로 1일당 10만원 적용

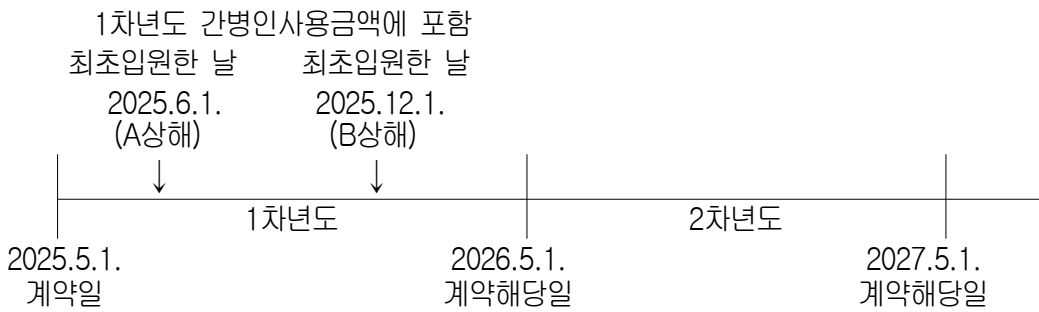
(10만원 X 7일 = 70만원)

· (B상해) : 1일당 평균 30만원 사용으로 1일당 25만원 적용

(25만원 X 10일 = 250만원)

→ 1차년도 간병인 사용금액 총액 : (A상해) 70만원 + (B상해) 250만원 = 320만원

⇒ **보험가입금액의 15% 지급. 1차년도 지급금액 : 30만원**



예시2)

· 보험계약일(보장개시일) : 2025년 5월 1일

A상해	- 입원기간 : 2026년 4월 20일 ~ 5월 19일(30일) - 간병인 사용기간 : 2026년 4월 25일 ~ 5월 14일(20일) - 간병인 사용금액 : 400만원 → 1일당 평균사용금액 20만원이므로 1일당 20만원 적용
B상해	- 입원기간 : 2026년 11월 20일 ~ 12월 19일(30일) - 간병인 사용기간 : 2026년 11월 25일 ~ 12월 14일(20일) - 간병인 사용금액 : 600만원 → 1일당 평균사용금액 30만원이므로 1일당 25만원 적용

입원기간 중 보험년도 변경시 최초입원한 날의 보험년도 간병인 사용금액 총액에 합산함.

· (A상해) : 1일당 평균 20만원 사용으로 1일당 20만원 적용

(20만원 X 20일 = 400만원)

→ 1차년도 간병인 사용금액 총액 : (A상해) 400만원

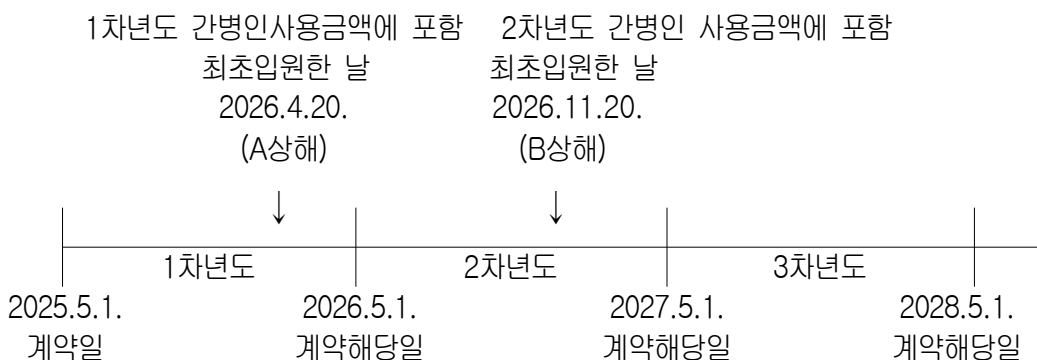
⇒ **보험가입금액의 15% 지급. 1차년도 지급금액 : 30만원**

· (B상해) : 1일당 평균 30만원 사용으로 1일당 25만원 적용

(25만원 X 20일 = 500만원)

→ 2차년도 간병인 사용금액 총액 : (B상해) 500만원

⇒ **보험가입금액의 25% 지급. 2차년도 지급금액 : 50만원**



예시3)

· 보험계약일(보장개시일) : 2025년 5월 1일

A상해	- 입원기간 : 2026년 4월 20일 ~ 5월 2일, 2026년 6월 3일 ~ 6월 17일 - 간병인 사용기간 및 간병인 사용금액 : 총 640만원(20일) · 2026년 4월 21일 ~ 4월 28일(8일), 사용금액 400만원 · 2026년 6월 5일 ~ 6월 16일(12일), 사용금액 240만원 → 1일당 평균사용금액이 32만원이므로 1일당 25만원 적용
B상해	- 입원기간 : 2027년 3월 20일 ~ 4월 5일 - 간병인 사용기간 : 2027년 3월 22일 ~ 3월 31일(10일) - 간병인 사용금액 : 300만원 → 1일당 평균사용금액이 30만원이므로 1일당 25만원 적용

같은 상해로 2회이상 입원시 최초입원한 날 보험년도의 간병인 사용금액 총액에 합산함.

· (A상해) : 1일당 평균사용금액이 32만원이므로 1일당 25만원 적용
 (25만원 X 20일 = 500만원)

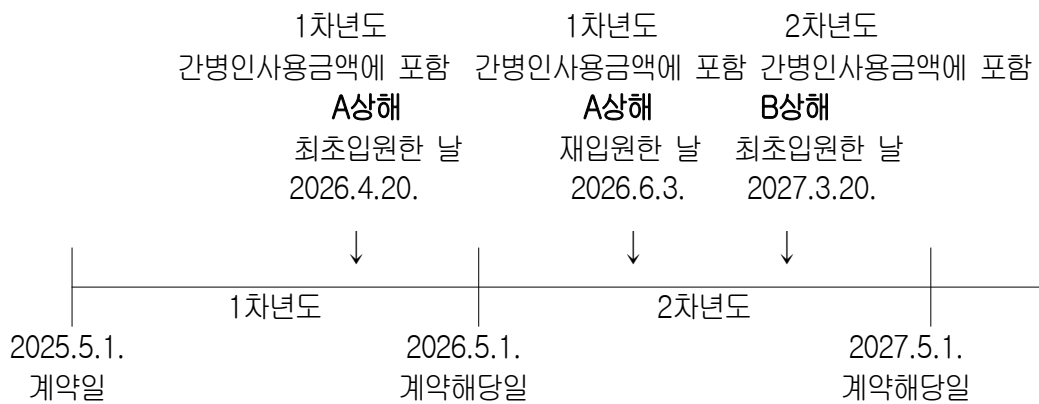
→ 1차년도 간병인 사용금액 총액 : (A상해) 500만원

⇒ **보험가입금액의 25% 지급. 1차년도 지급금액 : 50만원**

· (B상해) : 1일당 평균 30만원 사용으로 1일당 25만원 적용
 (25만원 X 10일 = 250만원)

→ 2차년도 간병인 사용금액 총액 : (B상해) 250만원

⇒ **보험가입금액의 10% 지급. 2차년도 지급금액 : 20만원**



제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특별약관에서 「연간」 이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
- ② 제5조(「연간 간병인 사용금액 총액」의 정의)에도 불구하고 보험수익자가 계약해당일 전일 이전에 보험금을 청구한 경우에는 회사는 해당 보험금 청구일의 「연간 간병인 사용금액 총액」을 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다. 다만,

해당 보험금 청구일 이후 「연간 간병인 사용금액 총액」이 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금보다 증가한 경우 회사는 그 차액을 보험수익자에게 추가로 지급합니다. 한편, 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금보다 감소한 경우 보험수익자는 그 차액을 회사에 납입하여야 합니다.

- ③ 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 「연간 간병인 사용금액 총액」을 적용합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 계속하여 보장합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 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.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 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
- ③ 제1항 이외에도 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병 통합서비스를 제공받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호의 간병인사용 일반상해입원지원비(요양병원)(간병인비용연간200만원이상)은 지급하지 않습니다.

제8조(보험금 등의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
- ③ 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자의 직인 및 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. 사업자등록증
 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.

제9조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

제4장. 질병관련 특별약관

1. 질병사망 특별약관

1-1. 질병사망 특별약관

1-2. 질병사망(경증간편가입) 특별약관

1-1은 일반심사형으로 운영하며,
1-2는 경증간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 질병사망보험금 : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병의 직접적인 결과로써 사망한 경우에는 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
질병사망보험금	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 ‘사망’의 원인 및 ‘사망보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 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.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 질병사망보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관

관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

- ② 이 특별약관에서 보장하지 않는 사유로 피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우에도 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)은 적용하지 않습니다.

2. 질병후유장해(80%이상) 특별약관

2-1. 질병후유장해(80%이상) 특별약관

2-2. 질병후유장해(80%이상)(경증간편가입) 특별약관

2-1은 일반심사형으로 운영하며,
2-2는 경증간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 질병후유장해(80%이상)보험금 : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 「장해분류표」(【별표1】참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 후유장해상태가 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
질병후유장해 (80%이상)보험금	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에서 장해지급률이 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 「장해분류표」에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하며, 계약의 효력

이 없어진 경우에는 다음 각 호의 기간 중에 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.

1. 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내
 2. 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내
- ③ 「장해분류표」에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 「장해분류표」의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 「장해분류표」의 각 장해분류별 최저 지급률 장애정도에 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 합산하여 지급합니다. 다만, 「장해분류표」의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해 지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 「장해분류표」의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 이 특별약관에서 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 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 질병후유장해(80%이상)보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)은 적용하지 않습니다.

3. 암진단비(유사암제외) 특별약관

3-1. 암진단비(유사암제외) 특별약관

3-2. 암진단비(유사암제외)(경증간편가입) 특별약관

3-1은 일반심사형으로 운영하며,
3-2는 경증간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 암진단비(유사암제외) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단 확정)의 「암(유사암제외)」으로 진단이 확정되었을 때에는 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
암진단비 (유사암제외)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암」이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 「악성신생물(암) 분류표」(【별표4-1】참조)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표4-1】참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[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.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시>

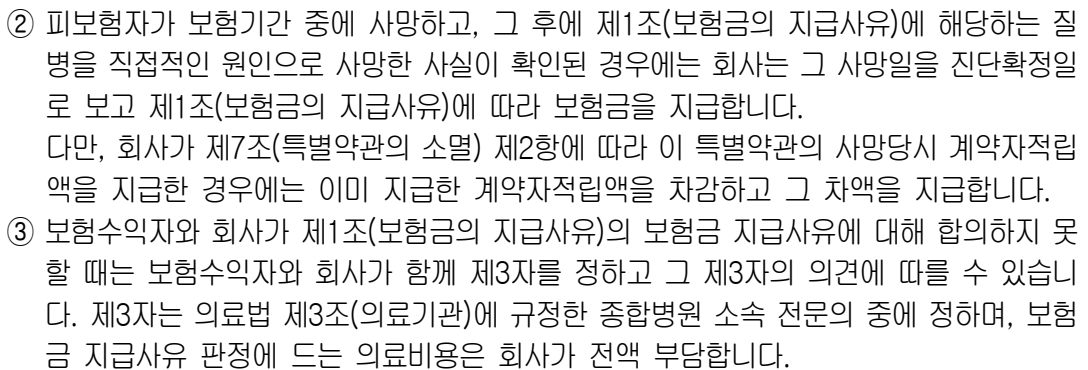
- C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C50(유방의 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

- ② 「유사암」이라 함은 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」을 말하며, 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 해당하는 질병을 말합니다.
1. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표4-1】참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
 2. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표4-1】참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
 3. 「제자리암」이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표4-2】참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
 4. 「경계성종양」이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표4-3】참조)로 분류되는 질병을 말합니다.
- ③ 「암(유사암제외)」라 함은 제1항의 「암」에서 제2항의 「유사암」을 제외한 암을 말합니다.
- ④ 「암」, 「유사암」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 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암」, 「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>

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

① 제1조(보험금의 지급사유) 암진단비(유사암제외)의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날입니다.



① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제24조(계약의 무효)를 따릅니다.

② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「암(유사암제외)」의 정의 및 진단확정)에서 정한 암(유사암제외)으로 진단 확정되어 있는 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 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사

유) 제1항을 따릅니다.

제7조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 암진단비(유사암제외)지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다.)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적합한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

4. 유사암진단비 특별약관

4-1. 유사암진단비 특별약관

4-2. 유사암진단비(경증간편가입) 특별약관

4-1은 일반심사형으로 운영하며,
4-2는 경증간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 유사암진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「유사암」의 정의 및 진단 확정)의 「유사암」으로 진단이 확정되었을 때에는 각각 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분		경 과 기 간	지 급 금 액
유사암 진단비	갑상선암 기타피부암	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	제자리암 경계성종양	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「유사암」의 정의 및 진단확정)

- ① 「유사암」이라 함은 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」을 말하며, 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 해당하는 질병을 말합니다.
 1. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표4-1】참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
 2. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표4-1】참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
 3. 「제자리암」이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표4-2】참조)에 해당하는 질병을 말합니다.
 4. 「경계성종양」이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표4-3】참조)로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 「유사암」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 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「유사암」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>

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

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ② 다만, 제1항에 해당하는 질병이 제5조(특별약관의 소멸) 제1항 따른 이 특별약관의 소멸사유에 해당하고, 회사가 제5조(특별약관의 소멸) 제2항의 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액을 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액을 차감하고 그 차액을 지급합니다.
- ③ 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.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사

유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」으로 각각 진단받아 유사암진단비 지급사유가 각1회씩 총4회 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 최종 손해보장의 원인이 생긴때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다.)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

5. 뇌졸중진단비 특별약관

5-1. 뇌졸중진단비 특별약관

5-2. 뇌졸중진단비(경증간편가입) 특별약관

5-1은 일반심사형으로 운영하며,
5-2는 경증간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 뇌졸중진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「뇌졸중」의 정의 및 진단확정)의 「뇌졸중」으로 진단확정 되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
뇌졸중진단비	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「뇌졸중」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「뇌졸중」이라 함은 「뇌졸중 분류표」(【별표7】 참조)에 해당하는

1. 거미막하출혈, 2. 뇌내출혈, 3. 기타 비외상성 두개내 출혈, 4. 뇌경색증, 5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착으로 분류되는 질병을 말합니다.

- ② 제1항의 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다.) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(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 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중 「뇌졸중」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이 「뇌졸중」으로 확정되거나 추정되는 경우

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]

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

[자기공명영상(MRI)]

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

[뇌혈관조영술]

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

[단일광자방출 전산화단층술(SPECT)]

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

[양전자 방출 단층술(PET)]

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

[뇌척수액 검사]

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

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액을 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액을 차감하고 그 차액을 지급합니다.
- ② 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.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 뇌졸중진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)은 적용하지 않습니다.

6. 급성심근경색증진단비 특별약관

6-1. 급성심근경색증진단비 특별약관

6-2. 급성심근경색증진단비(경증간편가입) 특별약관

6-1은 일반심사형으로 운영하며,
6-2는 경증간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 급성심근경색증진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「급성심근경색증」의 정의 및 진단확정)의 「급성심근경색증」으로 진단확정 되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
급성심근경색증진단비	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「급성심근경색증」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「급성심근경색증」이라 함은 「급성심근경색증 분류표」(【별표8】 참조)에 해당하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다.) 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 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 - 가. 보험기간 중 「급성심근경색증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 - 나. 부검감정서상 사인이 「급성심근경색증」으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제5조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액을 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액을 차감하고 그 차액을 지급합니다.

- ② 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.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 급성심근경색증진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

7. 파킨슨병진단비 특별약관

7-1. 파킨슨병진단비 특별약관

7-2. 파킨슨병진단비(간편가입) 특별약관

7-1은 일반심사형으로 운영하며,
7-2는 간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 파킨슨병진단비 : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「파킨슨병」의 정의 및 진단 확정)에서 정한 「파킨슨병」으로 진단 확정되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	지 급 금 액
파킨슨병진단비	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「파킨슨병」의 정의 및 진단확정)

① 「파킨슨병」은 도파민 신경세포의 퇴행으로 인하여 중대한 운동기능의 장애를 유발하며 떨림, 경직, 운동완서의 3대 증상을 특징으로 하는 질병을 말합니다. 이 특약에서 ‘파킨슨병’이라 함은 아래 각호에 모두 해당 되고 제8차 한국표준질병사인분류중 「파킨슨병 분류표」 (【별표9】 참조)의 질병으로 진단확정된 경우를 말합니다.

1. 「파킨슨병」의 진단은 영국 파킨슨병협회 뇌은행(UKBB) 진단 기준 또는 임상학적으로 받아들여지는 진단 기준을 근거로 하여 신경과 전문의 자격증을 가진 자가 작성한 문서화된 진료기록을 기초로 내려져야 합니다. 다만, 이차성 파킨슨증, 알코올 유발 파킨슨증은 보장에서 제외됩니다.
2. 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 파킨슨병(「파킨슨병분류표」 참조)으로 확정 진단된 이후부터 파킨슨 치료제 처방일이 총 365일 이상이어야 하며, 이를 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. "파킨슨 치료제"라 함은 신경과 전문의 자격증을 가진 자가 처방한 레보도파 제제(Levodopa), 도파민 효능제(Dopamine agonists), 도파 데카르복실라제 억제제(Peripheral decarboxylase inhibitors), 콧트호 소억제제(COMT inhibitors), 또는 MAO-B 억제제(MAO-B inhibitors)를 말하며, 파킨슨병의 직접적인 치료 목적으로 신경과 전문의에 의하여 "파킨슨 치료제"와 동등한 효과가 인정되는 파킨슨 약제를 사용한 경우를 포함합니다. 다만, 임상학적으로 파킨슨병의 치료를 위해 파킨슨 치료제가 필요함에도 불구하고 부작용 등의 이유로 파킨슨 치료제로 치료받을 수 없는 경우에는 이를 증명할 만한 문서화된 기록이나 증거로 대신할 수 있습니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

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.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제5조(특별약관의 소멸)

① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)의 파킨슨병진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.

- ② 피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

8-1. 간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양병원제외)(1일-150일) 특별약관

8-1-1. 간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양병원제외)(1일-150일) 특별약관

8-1-1은 일반심사형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양병원제외)(1일-150일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단환정된 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다.)에 1일이상 계속입원하여 치료를 받으며 제3조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급.

다만, 간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양병원제외)(1일-150일)의 지급일수는 1회 입원당 150일을 한도로 합니다.

구 분	지 급 기 준	경과기간	지 급 금 액
간병인사용 질병입원비Ⅱ (요양병원제외) (1일-150일)	간병인 사용금액 1일당 7만원 미만	계약일로부터 1년미만 발생시	사용일 1일당 보험가입금액의 25%
		계약일로부터 1년이후 발생시	사용일 1일당 보험가입금액의 50%
	간병인 사용금액 1일당 7만원 이상	계약일로부터 1년미만 발생시	사용일 1일당 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	사용일 1일당 보험가입금액

※ 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으

로 판단합니다.

※ 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 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.

제2조(「입원」의 정의와 장소)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 「간병인사용 질병입원비II(요양병원제외)(1일-150일)」에서 「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 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다.)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제3조(간병인의 정의)

- ① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.
- ② 제1항에서 간병서비스라 함은 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 간병인이 피보험자의 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

간병인의 주요 업무(예시)

침대높낮이 조정, 화장실 부족, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부 위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

- ③ 제1항의 사업자는 간병관련 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 서비스사업자는 「직업안정법상」 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

제4조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 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.

<의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)>

- ① 법 제4조의2제1항에서 “보건복지부령으로 정하는 입원 환자”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 입원 환자
 3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자
- ② 법 제4조의2제2항에서 “보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관”이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
- ③ 법 제4조의2제3항에서 “보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준”이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
- ④ 법 제4조의2제4항 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」 제2조제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

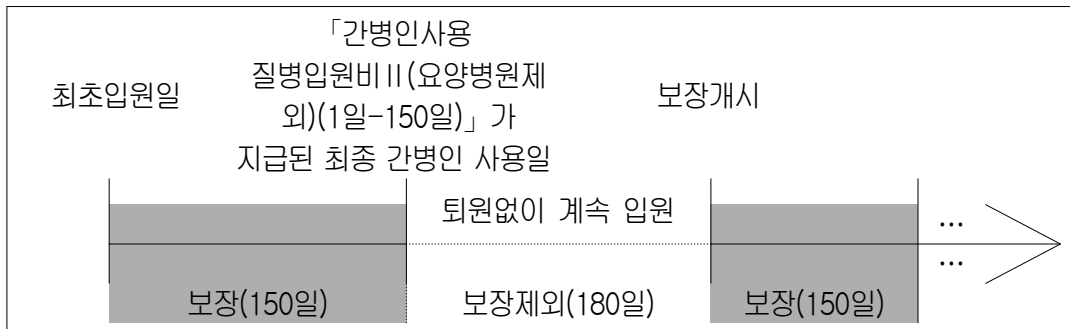
제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 「간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양병원제외)(1일-150일)」에서 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다. 이때, 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다.

<간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양병원제외)(1일-150일) 계산예시>

- 보험계약일(보장개시일) : 2025년 4월 1일, 보험가입금액 : 2만원
- 입원기간 및 간병인 사용일 예시
 - 입원기간 : 2025년 4월 1일 ~ 2025년 4월 30일
 - 간병인 사용일 및 사용금액
 - 2025년 4월 10일 ~ 4월 17일 사용 : 총 사용일수 8일, 총사용금액 88만원, 1일당 평균 7만원 이상에 해당.
→ 2만원 × 8일 = 16만원 지급
 - 2025년 4월 20일 ~ 4월 24일 오전, 4월 24일 오후, 4월 25일 오후 ~ 4월 27일 사용 : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 52만원, 1일당 평균 7만원 미만에 해당
→ 1만원 × 8일 = 8만원 지급
- 간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양병원제외)(1일-180일) 지급금액 : 간병인 사용일수 16일, 보험금 16만원 + 8만원 = 24만원 지급

- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 지급일수는 간병인을 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 「간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양병원제외)(1일-150일)」가 지급된 최종 입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
- ④ 다음과 같이 「간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양병원제외)(1일-150일)」가 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 「간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양병원제외)(1일-150일)」가 지급된 최종 간병인 사용일의 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 계속하여 보장합니다. 단, 이 경우 제4항은 적용하지 않습니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 최초계약의 경우 제1조(보험금의 지급사유)가 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일부터 1년이후 까지 계속되었을 경우 1일당 지급금액은 1년미만의 기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 계약일로부터 1년미만 발생시 지급금액을 적용하며, 1년이후의 기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 계약일로부터 1년이후 발생시 지급금액을 적용합니다.
단, 이 조항은 갱신된 계약에는 적용하지 않습니다.
- ⑧ 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.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
 6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 7. 성병
 8. 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 4. 정상분만, 치과질환
- ③ 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양병원 제외)(1일-150일)은 지급하지 않습니다.

제7조(보험금 등의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
- ③ 제3조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자의 직인 및 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. 사업자등록증
 3. 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는보험수익자에게 간병인, 병원종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적용한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

8-2. 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-150일)(경증간편가입) 특별약관

8-2-1. 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-150일)(경증간편가입) 특별약관

8-2-1은 경증간편심사형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

- 1. 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-150일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다.)에 1일이상 계속입원하여 치료를 받으며 제3조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급.
다만, 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-150일)의 지급일수는 1회 입원당 150일을 한도로 합니다.

구 분	지 급 기 준	경과기간	지 급 금 액
간병인사용 질병입원비 (요양병원제외) (1일-150일)	간병인 사용금액 1일당 7만원 미만	계약일로부터 1년미만 발생시	사용일 1일당 보험가입금액의 25%
		계약일로부터 1년이후 발생시	사용일 1일당 보험가입금액의 50%
	간병인 사용금액 1일당 7만원 이상	계약일로부터 1년미만 발생시	사용일 1일당 보험가입금액의 50%
		계약일로부터 1년이후 발생시	사용일 1일당 보험가입금액

※ 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다.

※ 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 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.

제2조(「입원」의 정의와 장소)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 「간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-150일)」에서 「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 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원은 제외합니다.)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제3조(간병인의 정의)

- ① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.
- ② 제1항에서 간병서비스라 함은 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 간병인이 피보험자의 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

간병인의 주요 업무(예시)

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부 위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

- ③ 제1항의 사업자는 간병관련 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 서비스사업자는 「직업안정법상」 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

제4조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말한다.

<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.

<의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)>

- ① 법 제4조의2제1항에서 “보건복지부령으로 정하는 입원 환자”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 입원 환자
 3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자
- ② 법 제4조의2제2항에서 “보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관”이란 병원, 치과 병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
- ③ 법 제4조의2제3항에서 “보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준”이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.

④ 법 제4조의2제4항 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」 제2조제4호에 따른 군보건의료기관
2. 「치료감호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

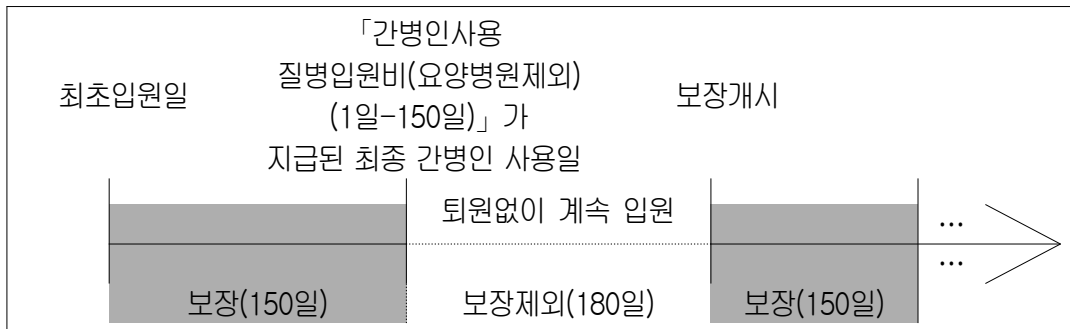
제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 「간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-150일)」에서 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다. 이때, 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다.

<간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-150일) 계산예시>

- 보험계약일(보장개시일) : 2025년 4월 1일, 보험가입금액 : 2만원
- 입원기간 및 간병인 사용일 예시
 - 입원기간 : 2025년 4월 1일 ~ 2025년 4월 30일
 - 간병인 사용일 및 사용금액
 - 2025년 4월 10일 ~ 4월 17일 사용 : 총 사용일수 8일, 총사용금액 88만원, 1일당 평균 7만원 이상에 해당.
→ 2만원 × 8일 = 16만원 지급
 - 2025년 4월 20일 ~ 4월 24일 오전, 4월 24일 오후, 4월 25일 오후 ~ 4월 27일 사용 : 총 사용일수 8일, 총 사용금액 52만원, 1일당 평균 7만원 미만에 해당
→ 1만원 × 8일 = 8만원 지급
- 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-150일) 지급금액
: 간병인 사용일수 16일, 보험금 16만원 + 8만원 = 24만원 지급

- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 지급일수는 간병인을 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 「간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-150일)」가 지급된 최종 입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
- ④ 다음과 같이 「간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-150일)」가 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 「간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-150일)」가 지급된 최종 간병인 사용일의 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ⑤ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 계속하여 보장합니다. 단, 이 경우 제4항은 적용하지 않습니다.
- ⑥ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 최초계약의 경우 제1조(보험금의 지급사유)가 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일부터 1년이후 까지 계속되었을 경우 1일당 지급금액은 1년미만의 기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 내지 제3호의 계약일로부터 1년미만 발생시 지급금액을 적용하며, 1년이후의 기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 계약일로부터 1년이후 발생시 지급금액을 적용합니다. 단, 이 조항은 갱신된 계약에는 적용하지 않습니다.
- ⑧ 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.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
 6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 7. 성병
 8. 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 4. 정상분만, 치과질환
- ③ 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-150일)은 지급하지 않습니다.

제7조(보험금 등의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
- ③ 제3조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자의 직인 및 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. 사업자등록증
 3. 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는보험수익자에게 간병인, 병원종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적용한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

9-1. 간병인사용 질병입원비II(요양병원)(1일-150일) 특별약관
9-1-1. 간병인사용 질병입원비II(요양병원)(1일-150일) 특별약관

9-1-1은 일반심사형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 간병인사용 질병입원비II(요양병원)(1일-150일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단환정된 질병으로 인하여 요양병원에 1일이상 계속입원하여 치료를 받으며 제3조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급.
- 다만, 간병인사용 질병입원비II(요양병원)(1일-150일)의 지급일수는 1회 입원당 150일을 한도로 합니다.

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
간병인사용 질병입원비II (요양병원) (1일-150일)	계약일로부터 1년미만 발생시	사용일 1일당 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	사용일 1일당 보험가입금액

제2조(「입원」의 정의와 장소)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 「간병인사용 질병입원비II(요양병원)(1일-150일)」에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양

병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

- ② 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제3조(간병인의 정의)

- ① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.
- ② 제1항에서 간병서비스라 함은 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 간병인이 피보험자의 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스의 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

간병인의 주요 업무(예시)

침대높낮이 조정, 화장실 부족, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부 위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

- ③ 제1항의 사업자는 간병관련 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 서비스사업자는 「직업안정법상」 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

제4조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 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.

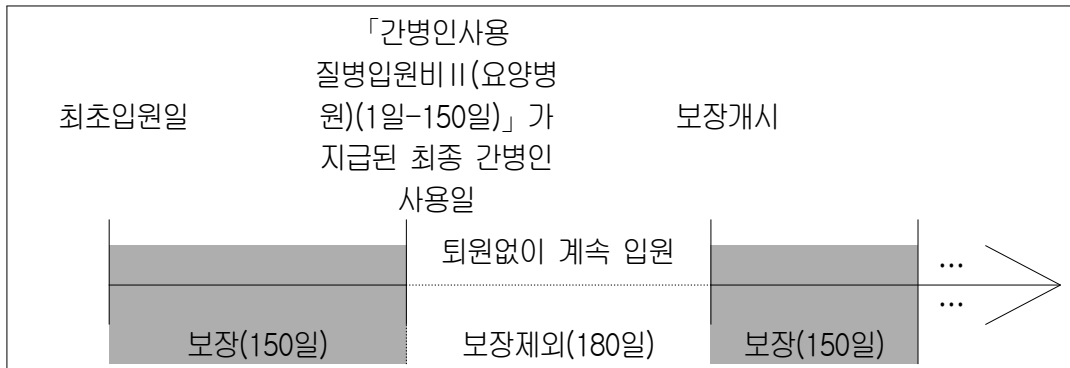
<의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)>

- ① 법 제4조의2제1항에서 “보건복지부령으로 정하는 입원 환자”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 입원 환자
 3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자
- ② 법 제4조의2제2항에서 “보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관”이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
- ③ 법 제4조의2제3항에서 “보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준”이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
- ④ 법 제4조의2제4항 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」 제2조제4호에 따른 군보건의료기관
 2. 「치료감호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 「간병인사용 질병입원비II(요양병원)(1일-150일)」가 지급된 최종 입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

- ③ 다음과 같이 「간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양병원)(1일-150일)」가 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 「간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양병원)(1일-150일)」가 지급된 최종 간병인 사용일의 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 계속하여 보장합니다. 단, 이 경우 제3항은 적용하지 않습니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 최초계약의 경우 제1조(보험금의 지급사유)가 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일부터 1년이후 까지 계속되었을 경우 1일당 지급금액은 1년미만의 기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 계약 일로부터 1년미만 발생시 지급금액을 적용하며, 1년이후의 기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 계약일로부터 1년이후 발생시 지급금액을 적용합니다. 단, 이 조항은 갱신된 계약에는 적용하지 않습니다.
- ⑦ 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.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험

금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
 6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 7. 성병
 8. 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 4. 정상분만, 치과질환
- ③ 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양병원)(1일-150일)은 지급하지 않습니다.

제7조(보험금 등의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
- ③ 제3조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자의 직인 및 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. 사업자등록증

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.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

9-2. 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-150일)(경증간편가입) 특별약관

9-2-1. 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-150일)(경증간편가입) 특별약관

9-2-1은 경증간편심사형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-150일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 인하여 요양병원에 1일이상 계속입원하여 치료를 받으며 제3조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급.
다만, 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-150일)의 지급일수는 1회 입원당 150일을 한도로 합니다.

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
간병인사용 질병입원비 (요양병원) (1일-150일)	계약일로부터 1년미만 발생시	사용일 1일당 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	사용일 1일당 보험가입금액

제2조(「입원」의 정의와 장소)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 「간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-150일)」에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제3조(간병인의 정의)

- ① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.
- ② 제1항에서 간병서비스라 함은 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 간병인이 피보험자의 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스의 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

간병인의 주요 업무(예시)

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부 위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

- ③ 제1항의 사업자는 간병관련 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 서비스사업자는 「직업안정법상」 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

제4조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 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.

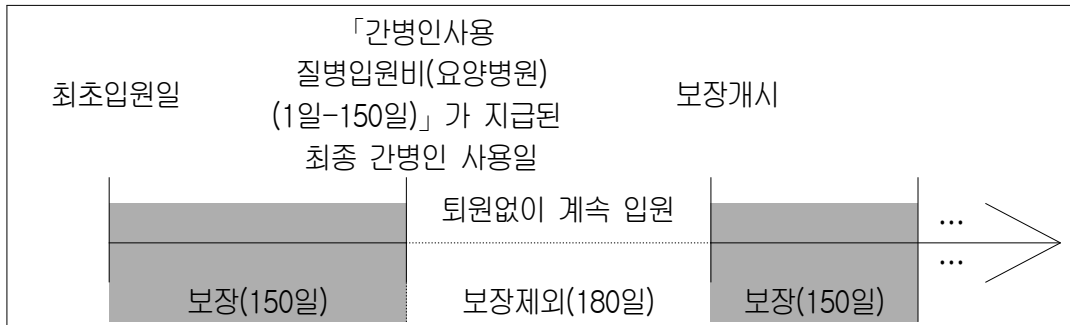
<의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)>

- ① 법 제4조의2제1항에서 “보건복지부령으로 정하는 입원 환자”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 입원 환자
 - 3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자
- ② 법 제4조의2제2항에서 “보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관”이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
- ③ 법 제4조의2제3항에서 “보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준”이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
- ④ 법 제4조의2제4항 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」 제2조제4호에 따른 군보건의료기관
 - 2. 「치료감호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 지급일수는 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 「간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-150일)」가 지급된 최종 입원의 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
- ③ 다음과 같이 「간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-150일)」가 지급된 최종 간병인 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 「간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-150일)」가 지급된 최종 간병인 사용일의 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 계속하여 보장합니다. 단, 이 경우 제3항은 적용하지 않습니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 최초계약의 경우 제1조(보험금의 지급사유)가 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일부터 1년이후 까지 계속되었을 경우 1일당 지급금액은 1년미만의 기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 계약일로부터 1년미만 발생시 지급금액을 적용하며, 1년이후의 기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 계약일로부터 1년이후 발생시 지급금액을 적용합니다.
단, 이 조항은 갱신된 계약에는 적용하지 않습니다.
- ⑦ 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.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실

7. 성병

8. 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술

2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료

3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술

4. 정상분만, 치과질환

③ 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일~150일)은 지급하지 않습니다.

제7조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류

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

③ 제3조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.

1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자의 직인 및 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 사업자등록 된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다)

2. 사업자등록증

3. 회사는 실제 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는보험수익자에게 간병인, 병원종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다) 제1항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

10-1. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비II(1일-150일) 특별약관

10-1-1. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비II(1일-150일) 특별약관

10-1-1은 일반심사형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비II(1일-150일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 병원(한방병원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다.)에 1일이상 계속입원하여 치료를 받으며 제3조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급.

다만, 간호·간병통합서비스사용 질병입원비II(1일-150일)의 지급일수는 1회 입원당 150일을 한도로 합니다.

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
간호·간병통합서비스사용 질병입원비Ⅱ(1일-150일)	계약일로부터 1년미만 발생시	사용일 1일당 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	사용일 1일당 보험가입금액

제2조(「입원」의 정의와 장소)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 「간호·간병통합서비스사용 질병입원비Ⅱ(1일-150일)」에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 의료기관은 제외합니다.)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제3조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 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.

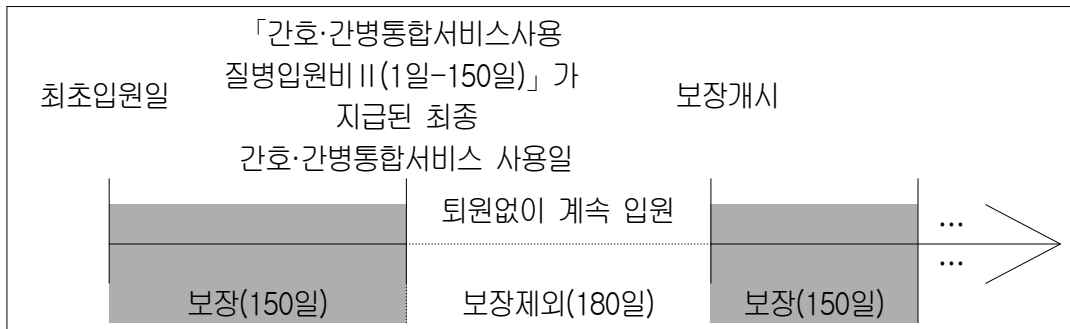
- ⑥ 간호·간병통합서비스 제공기관은 간호·간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
- ⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호·간병통합서비스의 제공·확대, 간호·간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

<의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)>

- ① 법 제4조의2제1항에서 “보건복지부령으로 정하는 입원 환자”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 입원 환자
 - 3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자
- ② 법 제4조의2제2항에서 “보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관”이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
- ③ 법 제4조의2제3항에서 “보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준”이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
- ④ 법 제4조의2제4항 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」 제2조제4호에 따른 군보건의료기관
 - 2. 「치료감호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 각각 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 「간호·간병통합서비스사용 질병입원비Ⅱ(1일-150일)」가 지급된 최종 입원의 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
- ③ 다음과 같이 「간호·간병통합서비스사용 질병입원비Ⅱ(1일-150일)」가 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 「간호·간병통합서비스사용 질병입원비Ⅱ(1일-150일)」가 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일의 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 계속하여 보장합니다. 단, 이 경우 제3항은 적용하지 않습니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 최초계약의 경우 제1조(보험금의 지급사유)가 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일부터 1년이후 까지 계속되었을 경우 1일당 지급금액은 1년미만의 기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 계약 일로부터 1년미만 발생시 지급금액을 적용하며, 1년이후의 기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 계약일로부터 1년이후 발생시 지급금액을 적용합니다.
단, 이 조항은 갱신된 계약에는 적용하지 않습니다.
- ⑦ 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.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
 6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 7. 성병
 8. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 4. 정상분만, 치과질환

제6조(보험금 등의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
- ③ 제3조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적합한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

10-2. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-150일)(경증간편가입)

특별약관

10-2-1. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-150일)(경증간편가입)

특별약관

10-2-1은 경증간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-150일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 인하여 병원(한방병원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다.)에 1일이상 계속입원하여 치료를 받으며 제3조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급.
다만, 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-150일)의 지급일수는 1회 입원당 150일을 한도로 합니다.

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-150일)	계약일로부터 1년미만 발생시	사용일 1일당 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	사용일 1일당 보험가입금액

제2조(「입원」의 정의와 장소)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 「간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-150일)」에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제3조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

<의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)>

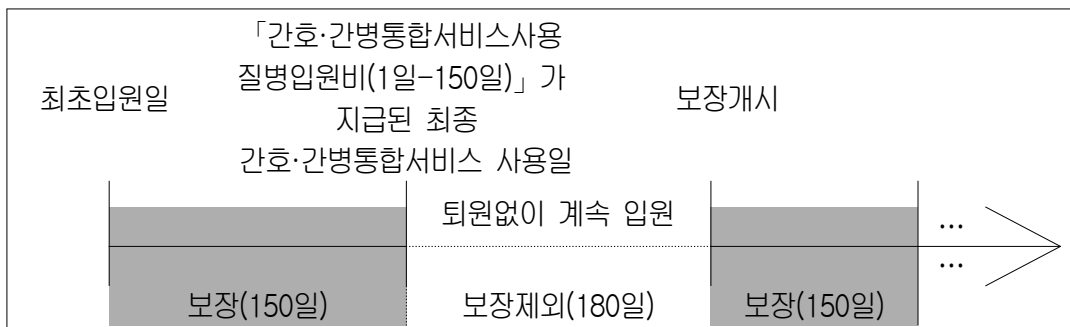
- ① 간호·간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 제80조에 따른 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 “간호·간병통합서비스 제공인력”이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
- ② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호·간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
- ③ 제2항에 따라 간호·간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 “간호·간병통합서비스 제공기관”이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 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.

<의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)>

- ① 법 제4조의2제1항에서 “보건복지부령으로 정하는 입원 환자”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 입원 환자
 3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자
- ② 법 제4조의2제2항에서 “보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관”이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
- ③ 법 제4조의2제3항에서 “보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준”이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
- ④ 법 제4조의2제4항 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」 제2조제4호에 따른 군보건의료기관
 2. 「치료감호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 각각 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 「간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-150일)」가 지급된 최종 입원의 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
- ③ 다음과 같이 「간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-150일)」가 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 「간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-150일)」가 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일의 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 계속하여 보장합니다. 단, 이 경우 제3항은 적용하지 않습니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 최초계약의 경우 제1조(보험금의 지급사유)가 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일부터 1년이후 까지 계속되었을 경우 1일당 지급금액은 1년미만의 기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 계약일로부터 1년미만 발생시 지급금액을 적용하며, 1년이후의 기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 계약일로부터 1년이후 발생시 지급금액을 적용합니다.
단, 이 조항은 갱신된 계약에는 적용하지 않습니다.
- ⑦ 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.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
 6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 7. 성병
 8. 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 4. 정상분만, 치과질환

제6조(보험금 등의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금등의 수령 또는 보험계약자가 보험료 납입면제 청구에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
- ③ 제3조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적용한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

11. 암직접치료통원비(연간30회한) 특별약관

11-1. 암직접치료통원비(연간30회한) 특별약관

11-2. 암직접치료통원비(연간30회한)(경증간편가입) 특별약관

11-1은 일반심사형으로 운영하며,
11-2는 경증간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 암직접치료통원비(연간30회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암관련질병」의 정의 및 진단 확정)의 「암관련질병」으로 진단이 확정되고, 「암관련질병의 직접적인 치료」를 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함)에 통원하였을 때 “암 종류별로 각각” 통원 1회당 연간 30회한도로 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
암직접치료통원비 (연간30회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「암관련질병」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암」, 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」(이하 「암관련질병」이라 합니다.)이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서

다음에 정한 질병을 말합니다.

1. 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」 (【별표4-1】 참조)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 「악성신생물(암) 분류표」 (【별표4-1】 참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[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.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 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 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」 (【별표4-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
 3. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」 (【별표4-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.
 4. 「제자리암」이라 함은 「제자리신생물 분류표」 (【별표4-2】 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.
 5. 「경계성종양」이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」 (【별표4-3】 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 「암관련질병」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 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암관련질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

< 「제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>

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

제3조(「암관련질병의 직접적인 치료」의 정의)

- ① 「암관련질병의 직접적인 치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 “암의 제거 및 증식 억제 치료”라 합니다)를 말합니다.
- ② 「암관련질병의 직접적인 치료」에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
- ③ 「암관련질병의 직접적인 치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
 1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 「암관련질병의 직접적인 치료」로 봅니다.
 1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역 치료
 2. 암의 제거 및 증식 억제 치료를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
 3. 암의 제거 및 증식 억제 치료를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

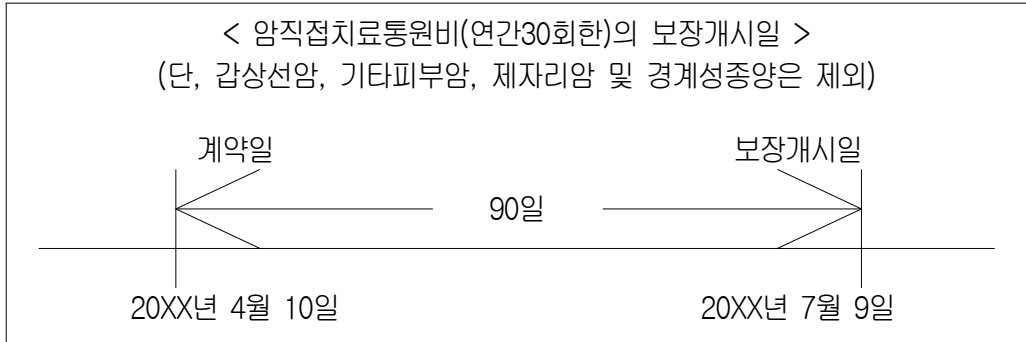
제4조(용어의 정의)

이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 「암관련질병」의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 암직접치료통원비(연간30회한)의 보장개시일은 보험계약일부더 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(단, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및

경계성종양에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다.)부터 보장이 개시됩니다.



- ② 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
- ③ 이 특별약관에서 “암 종류별로 각각”이라 함은 제2조(「암관련질병」의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」, 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」 각각을 말합니다.
- ④ 제1조(보험금의 지급사유)의 암직접치료통원비(연간30회한)는 “암종류별로 각각” 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급하며, 연간30회를 한도로 지급합니다.

[암 종류별로 각각 연간 30회한도]	[암 종류별로 각각 하루에 2회이상 통원시]
• 암 → 연간30회한도 • 갑상선암 → 연간30회한도 • 기타피부암 → 연간30회한도 • 제자리암 → 연간30회한도 • 경계성종양 → 연간30회한도	• 암 → 하루 2회 통원시 1회에 한하여, 연간30회한도 • 갑상선암 → 하루 2회 통원시 1회에 한하여, 연간30회한도 • 기타피부암 → 하루 2회 통원시 1회에 한하여, 연간30회한도 • 제자리암 → 하루 2회 통원시 1회에 한하여, 연간30회한도 • 경계성종양 → 하루 2회 통원시 1회에 한하여, 연간30회한도

- ⑤ 제1조(보험금의 지급사유)에서 ‘암관련질병의 직접적인 치료를 목적으로 한 통원’이란 의사에 의해 「암관련질병」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 「암관련질병」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「암관련질병」을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「암관련질병」의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.
다만 질병명 미상에 의한 통원으로서 통원 후 최초로 「암관련질병」으로 진단된 경우에는 이는 「암관련질병」의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.
- ⑥ 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, 보험

금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항 따릅니다.

제7조(특별약관의 무효)

- ① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제24조(계약의 무효)를 따릅니다.
- ② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「암관련질병」의 정의 및 진단확정)에서 정한 암으로 진단 확정되어 있는 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 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제9조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자 적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

12. 암직접치료 종합병원통원비(연간30회한) 특별약관

12-1. 암직접치료 종합병원통원비(연간30회한) 특별약관

12-2. 암직접치료 종합병원통원비(연간30회한)(경증간편가입) 특별약관

12-1은 일반심사형으로 운영하며,
12-2는 경증간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 암직접치료 종합병원통원비(연간30회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암관련질병」의 정의 및 진단 확정)의 「암관련질병」으로 진단이 확정되고, 그 「암관련질병의 직접적인 치료」를 목적으로 「종합병원」에 통원하였을 때 “암 종류별로 각각” 통원 1회당 연간 30회한도로 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
암직접치료 종합병원통원비 (연간30회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「암관련질병」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암」, 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」(이하 「암관련질병」이라 합니다.) 이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 정한 질병을 말합니다.

1. 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표4-1】참조)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표4-1】참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[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 진단 확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 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 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」 (【별표4-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」 (【별표4-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

4. 「제자리암」이라 함은 「제자리신생물 분류표」 (【별표4-2】 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

5. 「경계성종양」이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」 (【별표4-3】 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

- ② 「암관련질병」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 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암관련질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>

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

제3조(「암관련질병의 직접적인 치료」의 정의)

- ① 「암관련질병의 직접적인 치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 “암의 제거 및 증식 억제 치료”라 합니다)를 말합니다.
- ② 「암관련질병의 직접적인 치료」에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
- ③ 「암관련질병의 직접적인 치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료

2. 면역력 강화 치료
3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 「암관련질병의 직접적인 치료」로 봅니다.
 1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역 치료
 2. 암의 제거 및 증식 억제 치료를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
 3. 암의 제거 및 증식 억제 치료를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제4조(용어의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

[의료법 제3조의3(종합병원)]

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
 1. 100개 이상의 병상을 갖춘 것
 2. 100 병상 이상 300 병상 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. 300 병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
- ② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 “필수진료과목”이라한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.
- ② 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 「암관련질병」의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 「종합병원」에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 암직접치료 종합병원통원비(연간30회한)의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(단, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다.)부터 보장이 개시됩니다.

< 암직접치료 종합병원통원비(연간30회한)의 보장개시일 >
(단, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양은 제외)

계약일

90일

보장개시일

20XX년 4월 10일

20XX년 7월 9일

[암 종류별로 각각 연간 30회한도] • 암 → 연간30회한도 • 갑상선암 → 연간30회한도 • 기타피부암 → 연간30회한도 • 제자리암 → 연간30회한도 • 경계성종양 → 연간30회한도	[암 종류별로 각각 하루에 2회이상 통원시] • 암 → 하루 2회 통원시 1회에 한하여, 연간30회한도 • 갑상선암 → 하루 2회 통원시 1회에 한하여, 연간30회한도 • 기타피부암 → 하루 2회 통원시 1회에 한하여, 연간30회한도 • 제자리암 → 하루 2회 통원시 1회에 한하여, 연간30회한도 • 경계성종양 → 하루 2회 통원시 1회에 한하여, 연간30회한도

- 346 -

치료 종합병원통원비(연간30회한)를 지급합니다.

- ⑧ 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.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항 따릅니다.

제7조(특별약관의 무효)

- ① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제24조(계약의 무효)를 따릅니다.
- ② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「암관련질병」의 정의 및 진단확정)에서 정한 암으로 진단 확정되어 있는 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 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제9조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자 적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

13. 암직접치료 상급종합병원통원비(연간30회한) 특별약관

13-1. 암직접치료 상급종합병원통원비(연간30회한) 특별약관

13-2. 암직접치료 상급종합병원통원비(연간30회한)(경증간편가입) 특별약관

13-1은 일반심사형으로 운영하며,
13-2는 경증간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 암직접치료 상급종합병원통원비(연간30회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일 이후에 제2조(「암관련질병」의 정의 및 진단 확정)의 「암관련질병」으로 진단이 확정되고, 그 「암관련질병」의 직접적인 치료를 목적으로 「상급종합병원」에 통원하였을 때 “암 종류별로 각각” 통원 1회당 연간 30회한도로 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
암직접치료 상급종합병원통원비 (연간30회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「암관련질병」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「암」, 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」(이하 「암관련질병」이라 합니다.) 이라 함은 제8차 한국표준질병·사인분류에 있어서 다음에 정한 질병을 말합니다.

1. 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표4-1】참조)에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 「악성신생물(암) 분류표」(【별표4-1】참조)에 해당하는 질병이라 할지라도 기타피부암(C44), 갑상선암(C73) 및 이들을 원발부위(최초 발생한 부위)로 하여 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)에 해당하는 경우이거나 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 「암」에서 제외합니다.

[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.

<원발부위(최초 발생한 부위) 기준 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 악성 신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- C16(위의 악성 신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성 신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성 신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

2. 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」 (【별표4-1】 참조)에서 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

3. 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」 (【별표4-1】 참조)에서 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

4. 「제자리암」이라 함은 「제자리신생물 분류표」 (【별표4-2】 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

5. 「경계성종양」이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」 (【별표4-3】 참조)로 분류되는 질병을 말합니다.

- ② 「암관련질병」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 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 「암」, 「유사암」의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 「암관련질병」으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

<「제5항에 따른 진단이 가능하지 않을 때」 예시>

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

제3조(「암관련질병의 직접적인 치료」의 정의)

- ① 「암관련질병의 직접적인 치료」라 함은 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 “암의 제거 및 증식 억제 치료”라 합니다)를 말합니다.
- ② 「암관련질병의 직접적인 치료」에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암을 제거하거나 암의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.

- ③ 「암관련질병의 직접적인 치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
- ④ 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은 「암관련질병의 직접적인 치료」로 봅니다.
1. 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역 치료
 2. 암의 제거 및 증식 억제 치료를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
 3. 암의 제거 및 증식 억제 치료를 받기 위해 필수불가결한 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

제4조(용어의 정의)

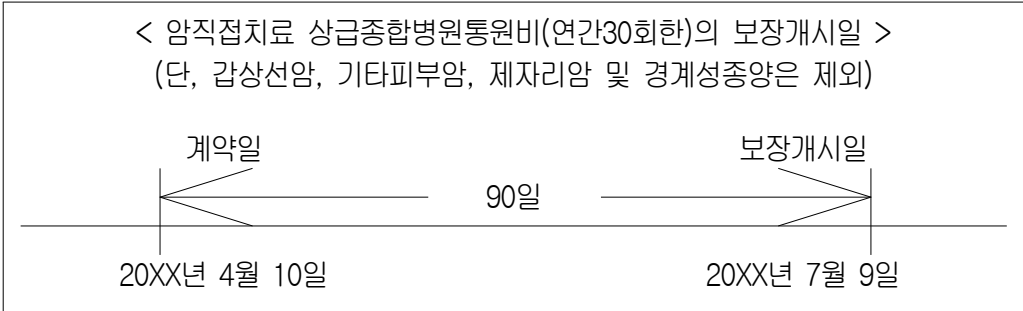
- ① 이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

【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.
- ② 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 「암관련질병」의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 「상급종합병원」에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 암직접치료 상급종합병원통원비(연간30회한)의 보장개시일은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(단, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양에 대한 보장개시일은 보험계약일로 합니다.)부터 보장이 개시됩니다.



- ② 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
- ③ 이 특별약관에서 “암 종류별로 각각”이라 함은 제2조(「암관련질병」의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 「암」, 「갑상선암」, 「기타피부암」, 「제자리암」, 「경계성종양」 각각을 말합니다.
- ④ 제1조(보험금의 지급사유)의 암직접치료 상급종합병원통원비(연간30회한)는 “암종류별로 각각” 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급하며, 연간30회를 한도로 지급합니다.

[암 종류별로 각각 연간 30회한도]	[암 종류별로 각각 하루에 2회이상 통원시]
• 암 → 연간30회한도 • 갑상선암 → 연간30회한도 • 기타피부암 → 연간30회한도 • 제자리암 → 연간30회한도 • 경계성종양 → 연간30회한도	• 암 → 하루 2회 통원시 1회에 한하여, 연간30회한도 • 갑상선암 → 하루 2회 통원시 1회에 한하여, 연간30회한도 • 기타피부암 → 하루 2회 통원시 1회에 한하여, 연간30회한도 • 제자리암 → 하루 2회 통원시 1회에 한하여, 연간30회한도 • 경계성종양 → 하루 2회 통원시 1회에 한하여, 연간30회한도

- ⑤ 제1조(보험금의 지급사유)에서 ‘암관련질병의 직접적인 치료를 목적으로 한 통원’이란 의사에 의해 「암관련질병」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 「암관련질병」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「암관련질병」을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「암관련질병」의 직접치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.
- 다만 질병명 미상에 의한 통원으로서 통원 후 최초로 「암관련질병」으로 진단된 경우

에는 이는 「암관련질병」의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

- ⑥ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 암직접치료 상급종합병원통원비(연간 30회한)를 지급합니다.
- ⑦ 피보험자가 「상급종합병원」에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」의 지정이 취소된 경우 「상급종합병원」의 지정이 취소되기 전날까지의 통원기간에 대하여 암직접치료 상급종합병원통원비(연간30회한)를 지급합니다.
- ⑧ 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.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항 따릅니다.

제7조(특별약관의 무효)

- ① 이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제24조(계약의 무효)를 따릅니다.
- ② 피보험자가 이 특별약관의 보험계약일로부터 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일의 전일 이전에 제2조(「암관련질병」의 정의 및 진단확정)에서 정한 암으로 진단 확정되어 있는 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 각 해당 회차 보험료를 해당 납입일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제8조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료의 미납으로 계약이 해지된 경우 부활(효력회복)되는 특별약관의 보장개시는 보통약관 제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따릅니다. 다만, 이 경우 부활(효력회복)일을 계약일로 하여 제5조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 보장개시일을 적용합니다.

제9조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자 적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

14. 뇌졸중 통원비(연간30회한) 특별약관

14-1. 뇌졸중 통원비(연간30회한) 특별약관

14-2. 뇌졸중 통원비(연간30회한)(경증간편가입) 특별약관

14-1은 일반심사형으로 운영하며,
14-2는 경증간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 뇌졸중 통원비(연간30회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「뇌졸중」의 정의 및 진단 확정)의 「뇌졸중」으로 진단확정되고 「뇌졸중」의 치료를 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함)에 통원하였을 때 통원 1회당 연간 30회한으로 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
뇌졸중 통원비(연간30회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「뇌졸중」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「뇌졸중」이라 함은 「뇌졸중 분류표」(【별표7】 참조)에 해당하는 1. 거미막하출혈, 2. 뇌내출혈, 3. 기타 비외상성 두개내 출혈, 4. 뇌경색증, 5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다.) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(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 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중 「뇌졸중」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이 「뇌졸중」으로 확정되거나 추정되는 경우

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]

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

[자기공명영상(MRI)]

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

[뇌혈관조영술]

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

[단일광자방출 전산화단층술(SPECT)]

Single Photon Emission Computed Tomography. γ선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법

[양전자 방출 단층술(PET)]

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

[뇌척수액 검사]

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

제3조(용어의 정의)

이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 「뇌졸중」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일

전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)의 뇌졸중 통원비(연간30회한)는 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급하며, 연간30회를 한도로 지급합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「뇌졸중의 치료를 목적으로 한 통원」이란 의사에 의해 「뇌졸중」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 「뇌졸중」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「뇌졸중」을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「뇌졸중」의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

다만 질병명 미상에 의한 통원으로서 통원 후 최초로 「뇌졸중」으로 진단된 경우에는 이는 「뇌졸중」의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

④ 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.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자 적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

15. 뇌졸중 종합병원통원비(연간30회한) 특별약관

15-1. 뇌졸중 종합병원통원비(연간30회한) 특별약관

15-2. 뇌졸중 종합병원통원비(연간30회한)(경증간편가입) 특별약관

15-1은 일반심사형으로 운영하며,
15-2는 경증간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 뇌졸중 종합병원통원비(연간30회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「뇌졸중」의 정의 및 진단 확정)의 「뇌졸중」으로 진단확정되고 「뇌졸중」의 치료를 목적으로 「종합병원」에 통원하였을 때 통원 1회당 연간 30회한도로 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
뇌졸중 종합병원통원비 (연간30회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「뇌졸중」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「뇌졸중」이라 함은 「뇌졸중 분류표」(【별표7】 참조)에 해당하는 1. 거미막하출혈, 2. 뇌내출혈, 3. 기타 비외상성 두개내 출혈, 4. 뇌경색증, 5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다.) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(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 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 - 가. 보험기간 중 「뇌졸중」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 - 나. 부검감정서상 사인이 「뇌졸중」으로 확정되거나 추정되는 경우

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]

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

[자기공명영상(MRI)]

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

[뇌혈관조영술]

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

[단일광자방출 전산화단층술(SPECT)]

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

[양전자 방출 단층술(PET)]

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

[뇌척수액 검사]

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

제3조(용어의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

[의료법 제3조의3(종합병원)]

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 100개 이상의 병상을 갖추는 것
2. 100 병상 이상 300 병상 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. 300 병상을 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”이라한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

② 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 「뇌졸중」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 「종합병원」에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

② 제1조(보험금의 지급사유)의 뇌졸중 종합병원통원비(연간30회한)는 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급하며, 연간30회를 한도로 지급합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「뇌졸중의 치료를 목적으로 한 통원」이란 의사에 의해 「뇌졸중」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 「뇌졸중」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「뇌졸중」을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「뇌졸중」의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

다만 질병명 미상에 의한 통원으로서 통원 후 최초로 「뇌졸중」으로 진단된 경우에는 이는 「뇌졸중」의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

④ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「종합병원」에 지정된 경우 종합병원 적용일부터 뇌졸중 종합병원통원비(연간30회한)를 지급합니다.

⑤ 피보험자가 「종합병원」에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「종합병원」의 지정이 취소된 경우 「종합병원」의 지정이 취소되기 전일까지의 통원기간에 대하여 뇌졸중 종합병원통원비(연간30회한)를 지급합니다.

⑥ 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.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지

지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자 적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

16. 뇌졸중 상급종합병원통원비(연간30회한) 특별약관

16-1. 뇌졸중 상급종합병원통원비(연간30회한) 특별약관

16-2. 뇌졸중 상급종합병원통원비(연간30회한)(경증간편가입) 특별약관

16-1은 일반심사형으로 운영하며,
16-2는 경증간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 뇌졸중 상급종합병원통원비(연간30회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「뇌졸중」의 정의 및 진단 확정)의 「뇌졸중」으로 진단확정되고 「뇌졸중」의 치료를 목적으로 「상급종합병원」에 통원하였을 때 통원 1회당 연간 30회한도로 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
뇌졸중 상급종합병원통원비 (연간30회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「뇌졸중」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「뇌졸중」이라 함은 「뇌졸중 분류표」(【별표7】 참조)에 해당하는 1. 거미막하출혈, 2. 뇌내출혈, 3. 기타 비외상성 두개내 출혈, 4. 뇌경색증, 5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착 6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 「뇌졸중」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다.) 면허

를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(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 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

가. 보험기간 중 「뇌졸중」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우

나. 부검감정서상 사인이 「뇌졸중」으로 확정되거나 추정되는 경우

용어설명

[전산화단층촬영(CT)]

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

[자기공명영상(MRI)]

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

[뇌혈관조영술]

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

[단일광자방출 전산화단층술(SPECT)]

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

[양전자 방출 단층술(PET)]

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

[뇌척수액 검사]

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

제3조(용어의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 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.
- ② 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 「뇌졸중」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 「상급종합병원」에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)의 뇌졸중 상급종합병원통원비(연간30회한)는 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급하며, 연간30회를 한도로 지급합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「뇌졸중의 치료를 목적으로 한 통원」이란 의사에 의해 「뇌졸중」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 「뇌졸중」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「뇌졸중」을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「뇌졸중」의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

다만 질병명 미상에 의한 통원으로서 통원 후 최초로 「뇌졸중」으로 진단된 경우에는 이는 「뇌졸중」의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.
- ④ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 뇌졸중 상급종합병원통원비(연간30회한)를 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 「상급종합병원」에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」

의 지정이 취소된 경우 「상급종합병원」의 지정이 취소되기 전날까지의 통원기간에 대하여 뇌졸중 상급종합병원통원비(연간30회한)를 지급합니다.

- ⑥ 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.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자 적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

17. 급성심근경색증 통원비(연간30회한) 특별약관

17-1. 급성심근경색증 통원비(연간30회한) 특별약관

17-2. 급성심근경색증 통원비(연간30회한)(경증간편가입) 특별약관

17-1은 일반심사형으로 운영하며,
17-2는 경증간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 급성심근경색증 통원비(연간30회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「급성심근경색증」의 정의 및 진단 확정)의 「급성심근경색증」으로 진단확정되고 「급성심근경색증」의 치료를 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함)에 통원하였을 때 통원 1회당 연간 30회한도로 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
급성심근경색증 통원비 (연간30회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「급성심근경색증」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「급성심근경색증」이라 함은 「급성심근경색증 분류표」(【별표8】참조)에 해당하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다.) 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 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 - 가. 보험기간 중 「급성심근경색증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 - 나. 부검감정서상 사인이 「급성심근경색증」으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(용어의 정의)

이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 「급성심근경색증」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)의 급성심근경색증 통원비(연간30회한)는 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급하며, 연간30회를 한도로 지급합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「급성심근경색증의 치료를 목적으로 한 통원」이란 의사에 의해 「급성심근경색증」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 「급성심근경색증」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「급성심근경색증」을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「급성심근경색증」의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다. 다만 질병명 미상에 의한 통원으로서 통원 후 최초로 「급성심근경색증」으로 진단된

경우에는 이는 「급성심근경색증」의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

- ④ 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.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자 적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)은 적용하지 않습니다.

18. 급성심근경색증 종합병원통원비(연간30회한) 특별약관

18-1. 급성심근경색증 종합병원통원비(연간30회한) 특별약관

18-2. 급성심근경색증 종합병원통원비(연간30회한)(경증간편가입) 특별약관

18-1은 일반심사형으로 운영하며,
18-2는 경증간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 급성심근경색증 종합병원통원비(연간30회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조 (「급성심근경색증」의 정의 및 진단 확정) 제3항의 「급성심근경색증」으로 진단확정되고 「급성심근경색증」의 치료를 목적으로 「종합병원」에 통원하였을 때 통원 1회당 연간 30회한도로 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
급성심근경색증 종합병원통원비 (연간30회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「급성심근경색증」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「급성심근경색증」이라 함은 「급성심근경색증 분류표」(【별표8】참조)에 해당하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다.) 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 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.
 - 가. 보험기간 중 「급성심근경색증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 - 나. 부검감정서상 사인이 「급성심근경색증」으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(용어의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

【의료법 제3조의3(종합병원)】

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
 1. 100개 이상의 병상을 갖추는 것
 2. 100 병상 이상 300 병상 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. 300 병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
- ② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 “필수진료과목”이라한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.
- ② 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 「급성심근경색증」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한

「종합병원」에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)의 급성심근경색증 종합병원통원비(연간30회한)는 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급하며, 연간30회를 한도로 지급합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유) 제3호에서 「급성심근경색증의 치료를 목적으로 한 통원」이란 의사에 의해 「급성심근경색증」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 「급성심근경색증」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「급성심근경색증」을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「급성심근경색증」의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.
다만 질병명 미상에 의한 통원으로서 통원 후 최초로 「급성심근경색증」으로 진단된 경우에는 이는 「급성심근경색증」의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.
- ④ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「종합병원」에 지정된 경우 종합병원 적용일부터 급성심근경색증 종합병원통원비(연간30회한)를 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 「종합병원」에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「종합병원」의 지정이 취소된 경우 「종합병원」의 지정이 취소되기 전일까지의 통원기간에 대하여 급성심근경색증 종합병원통원비(연간30회한)를 지급합니다.
- ⑥ 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.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자 적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)은 적용하지 않습니다.

19. 급성심근경색증 상급종합병원통원비(연간30회한) 특별약관

19-1. 급성심근경색증 상급종합병원통원비(연간30회한) 특별약관

19-2. 급성심근경색증 상급종합병원통원비(연간30회한)(경증간편가입) 특별약관

19-1은 일반심사형으로 운영하며,
19-2는 경증간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 급성심근경색증 상급종합병원통원비(연간30회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 제2조(「급성심근경색증」의 정의 및 진단 확정)의 「급성심근경색증」으로 진단확정되고 「급성심근경색증」의 치료를 목적으로 「상급종합병원」에 통원하였을 때 통원 1회당 연간 30회한도로 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
급성심근경색증 상급종합병원통원비 (연간30회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「급성심근경색증」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 「급성심근경색증」이라 함은 「급성심근경색증 분류표」(【별표8】참조)에 해당하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병을 말합니다.
- ② 제1항의 급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다.) 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 해당할 경우 진단확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

- 가. 보험기간 중 「급성심근경색증」으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
- 나. 부검감정서상 사인이 「급성심근경색증」으로 확정되거나 추정되는 경우

제3조(용어의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 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 평가업무를 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.
- ② 이 특별약관에서 「통원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 「급성심근경색증」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 「상급종합병원」에 입원하지 않고 내원하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)의 급성심근경색증 상급종합병원통원비(연간30회한)는 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급하며, 연간30회를 한도로 지급합니다.
- ③ 제1조(보험금의 지급사유)에서 「급성심근경색증의 치료를 목적으로 한 통원」이란 의사에 의해 「급성심근경색증」으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 통원을 말하며, 「급성심근경색증」의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가

병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 「급성심근경색증」을 통원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 「급성심근경색증」의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

다만 질병명 미상에 의한 통원으로서 통원 후 최초로 「급성심근경색증」으로 진단된 경우에는 이는 「급성심근경색증」의 치료를 목적으로 한 통원으로 봅니다.

- ④ 피보험자가 상급종합병원 이외의 병원에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 급성심근경색증 상급종합병원통원비(연간30회한)를 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 「상급종합병원」에 통원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」의 지정이 취소된 경우 「상급종합병원」의 지정이 취소되기 전날까지의 통원기간에 대하여 급성심근경색증 상급종합병원통원비(연간30회한)를 지급합니다.
- ⑥ 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.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제6조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 계약자 적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

20-1. 희귀질환자 산정특례대상보장 특별약관

20-1은 일반심사형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정

한 보험금을 지급합니다.

1. **희귀질환자 산정특례대상보장보험금** : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정 된 질병으로 인한 「산정특례대상 희귀질환」을 직접적인 원인으로 「산정특례 신규등록」 되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
희귀질환자 산정특례대상보장보험금	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「산정특례대상 희귀질환」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「산정특례대상 희귀질환」이라 함은 「희귀질환자 산정특례대상 분류표」(【별표17】참조)에서 정한 질병을 말합니다.

본인일부부담금 산정특례 제도

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 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도

- ② 「산정특례대상 희귀질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 개정으로 산정특례적용기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

희귀질환자 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간

· 「희귀질환자 산정특례대상」에 해당하는 사람은 의사가 희귀질환으로 확진한 경우 "건강보험 산정특례 등록 신청서"를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다.

다만, [별표4] 희귀질환 산정특례 대상의 III~V에 해당하는 경우, 공단이사장이 사전에 승인한 요양기관을 통하여 신청해야 하며, 그 중 IV~V에 해당하는 산정특례는 질병관리본부 희귀질환 전문위원회로부터 상세불명 희귀질환 및 기타염색체이상질환군의 질환임을 판정받은 후에 신청하여야 합니다.

- 희귀질환자 산정특례는 확진된 날로부터 30일(토요일, 공휴일 포함) 이내 공단에 등록 신청한 경우에는 확진일로부터 소급하여 5년간 적용하며, 30일 이후에 신청한 경우에는 신청일로부터 5년간 적용이 됩니다.

다만, [별표4] 희귀질환 산정특례 대상의 IV~에 해당하는 산정특례는 질병관리청 희귀질환 전문위원회로부터 상세불명 희귀질환 및 기타염색체이상질환군의 질환임을 판정 받은 날부터 적용한다.

제3조(「산정특례 신규등록」의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 "산정특례 신규등록"이라 함은 보험기간 중에 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제7조에 의해 건강보험 산정특례 등록신청서를 국민건강보험공단 또는 요양기관에 제출하여 「희귀질환자 산정특례대상 분류표」(【별표17】참조)에서 정한 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)

- ① 건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 등록한 희귀질환자가 특례기간 종료시점에 등록된 희귀질환자의 잔존이 확인되는 경우로서 해당 질환으로 계속 치료 중인 경우 산정특례 재등록을 신청할 수 있다.
- ② 건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 등록한 상세불명희귀질환자 및 기타염색체 이상 질환자가 특례기간 종료시점에 질병관리청 희귀질환 전문 위원회로부터 임상 경과 검토 결과 재등록 대상자로 판정받은 경우 산정특례 재등록을 신청할 수 있다.

제4조(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 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 희귀질환자 산정특례대상 등록이 취소되는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 희귀질환자 산정특례대상보장보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 “국민건강보험법” 및 관련 법령(이하 「법령」이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당하는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 「희귀질환자 산정특례」와 관련된

새로운 보장내용으로 계약내용을 변경 할 수 있습니다.

1. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 등이 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제도의 변경으로 「희귀질환자 산정특례대상」 신청이 불가능한 경우
 3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 "계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등"의 사유로 금융위원회
회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 알려 드립니다.
- ④ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용, 보험가입금액 및 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과 보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을)금액이 발생할 수 있으며, 이를 계약 체결시 계약자에게 안내합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.
- ⑦ 제2항 내지 제6항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액을 지급합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.

제7조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서

산정특례 등록여부를 확인할수 있는 서류(진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명 수가코드 등 기입), 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인

할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일 등), 진료비계산서(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 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(특별약관의 소멸)

- ① 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 희귀질환자 산정특례대상보장보험금이 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 더이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적용한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

20-2. 희귀질환자 산정특례대상보장(경증간편가입) 특별약관

20-2는 경증간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 희귀질환자 산정특례대상보장보험금 : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인한 「산정특례대상 희귀질환」을 직접적인 원인으로 「산정특례 신규등록」 되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
희귀질환자 산정특례대상보장보험금	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

제2조(「산정특례대상 희귀질환」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「산정특례대상 희귀질환」이라 함은 「희귀질환자 산정특례대상 분류표」(【별표17】참조)에서 정한 질병을 말합니다.

본인일부부담금 산정특례 제도

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 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도

- ② 「산정특례대상 희귀질환」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 개정으로 산정특례적용 기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

희귀질환자 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간

- 「희귀질환자 산정특례대상」에 해당하는 사람은 의사가 희귀질환으로 확진한 경우 "건강보험 산정특례 등록 신청서"를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다.

다만, [별표4] 희귀질환 산정특례 대상의 III~V에 해당하는 경우, 공단이사가전에 승인한 요양기관을 통하여 신청해야 하며, 그 중 IV~V에 해당하는 산정특례는 질병관리본부 희귀질환 전문위원회로부터 상세불명 희귀질환 및 기타염색체이상질환군의 질환임을 판정받은 후에 신청하여야 합니다.

- 희귀질환자 산정특례는 확진된 날로부터 30일(토요일, 공휴일 포함) 이내 공단에 등록 신청한 경우에는 확진일로부터 소급하여 5년간 적용하며, 30일 이후에 신청한 경우에는 신청일로부터 5년간 적용이 됩니다.

다만, [별표4] 희귀질환 산정특례 대상의 IV~에 해당하는 산정특례는 질병관리청 희귀질환 전문위원회로부터 상세불명 희귀질환 및 기타염색체이상질환군의 질환임을 판정받은 날부터 적용한다.

제3조(「산정특례 신규등록」의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 "산정특례 신규등록"이라 함은 보험기간 중에 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제7조에 의해 건강보험 산정특례 등록신청서를 국민건강보험공단 또는 요양기관에 제출하여 「희귀질환자 산정특례대상 분류표」(【별표17】참조)에서 정한 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)

- ① 건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 등록한 희귀질환자가 특례기간 종료시점에 등록된 희귀질환자의 잔존이 확인되는 경우로서 해당 질환으로 계속 치료 중인 경우 산정특례 재등록을 신청할 수 있다.
- ② 건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 등록한 상세불명희귀질환자 및 기타염색체 이상 질환자가 특례기간 종료시점에 질병관리청 희귀질환 전문 위원회로부터 임상 경과 검토 결과 재등록 대상자로 판정받은 경우 산정특례 재등록을 신청할 수 있다.

제4조(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 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 희귀질환자 산정특례대상 등록이 취소되는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 희귀질환자 산정특례대상보장보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 “국민건강보험법” 및 관련 법령(이하 「법령」이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당하는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 「희귀질환자 산정특례」와 관련된 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경할 수 있습니다.
 1. 법령의 개정으로 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 등이 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정으로 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제도의 변경으로 「희귀질환자 산정특례대상」 신청이 불가능한 경우
 3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정으로 “계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등”의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우

- ③ 회사는 제2항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 알려 드립니다.
- ④ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용, 보험가입금액 및 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과 보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을)금액이 발생할 수 있으며, 이를 계약 체결시 계약자에게 안내합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.
- ⑦ 제2항 내지 제6항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액을 지급합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

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 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

제7조(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), 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알람톡, 이메일 등), 진료비계산서(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 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(특별약관의 소멸)

- ① 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 희귀질환자 산정특례대상장해보험금이 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 더이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적용한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

21-1. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비Ⅱ(1일-60일) 특별약관

21-1-1. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비Ⅱ(1일-60일) 특별약관

21-1-1은 일반심사형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비Ⅱ(1일-60일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 병원(한방병원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다.)에 1일 이상 계속입원하여 치료를 받으며 제3조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급. 다만, 간호·간병통합서비스사용 질병입원비Ⅱ(1일-60일)의 지급일수는 1회 입원당 60일을 한도로 합니다.

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
간호·간병통합서비스사용 질병입원비Ⅱ(1일-60일)	계약일로부터 1년미만 발생시	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%(60일한도)
	계약일로부터 1년이후 발생시	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액(60일한도)

제2조(「입원」의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제3조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 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.

<의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)>

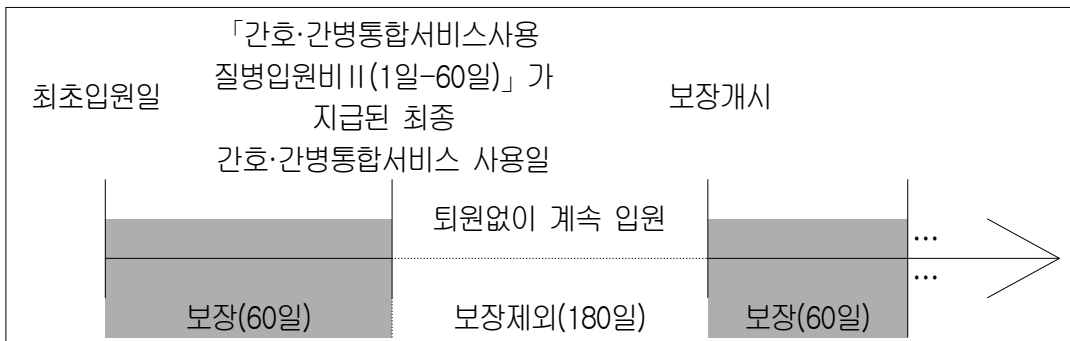
- ① 법 제4조의2제1항에서 “보건복지부령으로 정하는 입원 환자”란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
 1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
 2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원 환자
 3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자
- ② 법 제4조의2제2항에서 “보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관”이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
- ③ 법 제4조의2제3항에서 “보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준”이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
- ④ 법 제4조의2제4항 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」 제2조제4호에 따른 군보건의료기관
 2. 「치료감호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제4조(요양병원의 정의)

이 특별약관에서 「요양병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 3호 라목 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 각각 더하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 「간호·간병통합서비스 사용 질병입원비Ⅱ(1일-60일)」가 지급된 최종 입원의 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
- ③ 다음과 같이 「간호·간병통합서비스사용 질병입원비Ⅱ(1일-60일)」가 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 「간호·간병통합서비스사용 질병입원비Ⅱ(1일-60일)」가 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일의 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 계속하여 보장합니다. 단, 이 경우 제3항은 적용하지 않습니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 최초계약의 경우 제1조(보험금의 지급사유)가 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일부터 1년이후 까지 계속되었을 경우 1일당 지급금액은 1년미만의 기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 계약일로부터 1년미만 발생시 지급금액을 적용하며, 1년이후의 기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 계약일로부터 1년이후 발생시 지급금액을 적용합니다.
- ⑦ 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, 보험

금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제7조(특별약관의 무효)

이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제24조(계약의 무효)를 따릅니다.

제8조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
- ③ 제3조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

제9조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적절한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

21-2. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-60일)(경증간편가입)

특별약관

21-2-1. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-60일)(경증간편가입)

특별약관

21-2-1는 경증간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-60일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 인하여 병원(한방병원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다.)에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제3조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급.
다만, 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-60일)의 지급일수는 1회 입원당 60일을 한도로 합니다.

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-60일)	계약일로부터 1년미만 발생시	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%(60일한도)
	계약일로부터 1년이후 발생시	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액(60일한도)

제2조(「입원」의 정의와 장소)

- ① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원(단, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 의료기관을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제3조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 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.

<의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)>

- ① 법 제4조의2제1항에서 “보건복지부령으로 정하는 입원 환자”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 입원 환자
 3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자
- ② 법 제4조의2제2항에서 “보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관”이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
- ③ 법 제4조의2제3항에서 “보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준”이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
- ④ 법 제4조의2제4항 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」 제2조제4호에 따른 군보건의료기관
 2. 「치료감호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

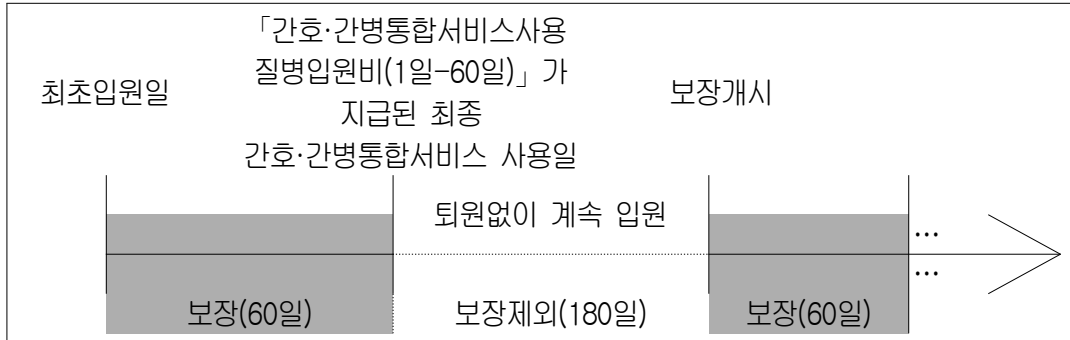
제4조(요양병원의 정의)

이 특별약관에서 「요양병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 3호 라목 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 각각 더하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 「간호·간병통합서비스 사용 질병입원비(1일-60일)」가 지급된 최종 입원의 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
- ③ 다음과 같이 「간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-60일)」가 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 「간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-60일)」가 지급된 최종 간호·간병통합서비스

스 사용일의 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 계속하여 보장합니다. 단, 이 경우 제3항은 적용하지 않습니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 최초계약의 경우 제1조(보험금의 지급사유)가 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일부터 1년이후 까지 계속되었을 경우 1일당 지급금액은 1년미만의 기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 계약 일로부터 1년미만 발생시 지급금액을 적용하며, 1년이후의 기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 계약일로부터 1년이후 발생시 지급금액을 적용합니다.
- ⑦ 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.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
 6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실

7. 성병

8. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제7조(특별약관의 무효)

이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제24조(계약의 무효)를 따릅니다.

제8조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

③ 제3조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

제9조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적절한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

22-1. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비Ⅱ(종합병원)(1일-60일) 특별약관

22-1-1. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비Ⅱ(종합병원)(1일-60일) 특별약관

22-1-1은 일반심사형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비Ⅱ(종합병원)(1일-60일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 종합병원에 1일이상 계속입원하여 치료를 받으며 제3조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급.

다만, 간호·간병통합서비스사용 질병입원비Ⅱ(종합병원)(1일-60일)의 지급일수는 1회 입원당 60일을 한도로 합니다.

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
간호·간병통합서비스사용 질병입원비Ⅱ (종합병원)(1일-60일)	계약일로부터 1년미만 발생시	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%(60일한도)
	계약일로부터 1년이후 발생시	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액(60일한도)

제2조(「입원」의 정의와 장소)

- ① 「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 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 「종합병원」에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

제3조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 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.

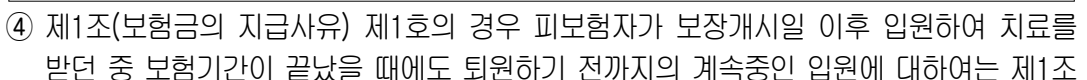
<의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)>

- ① 법 제4조의2제1항에서 “보건복지부령으로 정하는 입원 환자”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 입원 환자
 3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자
- ② 법 제4조의2제2항에서 “보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관”이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
- ③ 법 제4조의2제3항에서 “보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준”이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
- ④ 법 제4조의2제4항 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」 제2조제4호에 따른 군보건의료기관
 2. 「치료감호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

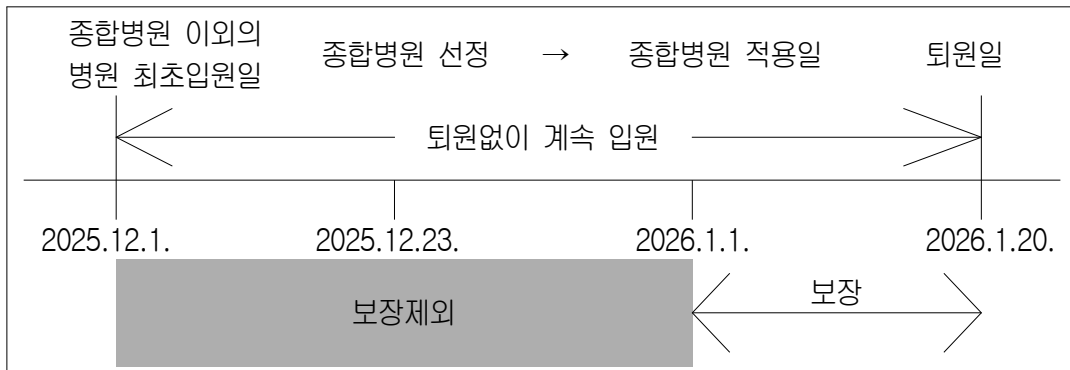
② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 “필수진료과목”이라한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

③ 다음과 같이 「간호·간병통합서비스사용 질병입원비II(종합병원)(1일-60일)」가 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 「간호·간병통합서비스사용 질병입원비II(종합병원)(1일-60일)」가 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일의 다음날을 퇴원일로 봅니다.

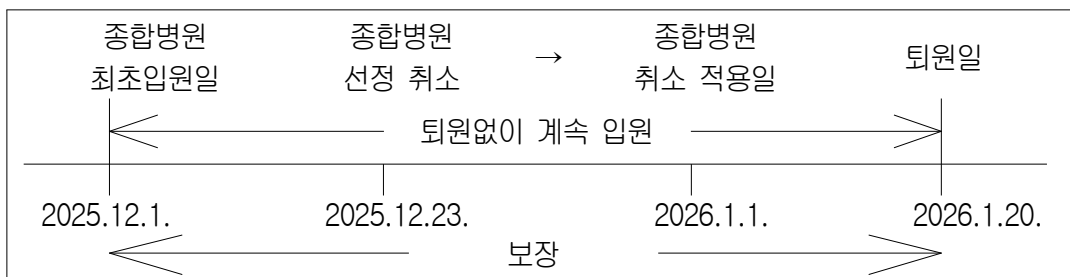


(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 계속하여 보장합니다. 단, 이 경우 제3항은 적용하지 않습니다.

- ⑤ 피보험자가 「종합병원 이외의 병원」에 입원하여 치료받던 중 「종합병원」에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 피보험자가 「종합병원」에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 「종합병원 이외의 병원」으로 이전하여 입원한 경우 해당 「종합병원」 퇴원일까지에 해당하는 보험금을 지급합니다.
- ⑦ 피보험자가 「종합병원 이외의 병원」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「종합병원」에 지정된 경우 종합병원 적용일부터 보험금을 지급합니다.



- ⑧ 피보험자가 「종합병원」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「종합병원」의 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 보험금을 지급합니다.



- ⑨ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑩ 최초계약의 경우 제1조(보험금의 지급사유)가 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일부터 1년이후 까지 계속되었을 경우 1일당 지급금액은 1년미만의 기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 계약일로부터 1년미만 발생시 지급금액을 적용하며, 1년이후의 기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 계약일로부터 1년이후 발생시 지급금액을 적용합니다.
- ⑪ 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.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제7조(특별약관의 무효)

이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제24조(계약의 무효)를 따릅니다.

제8조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

- ③ 제3조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

제9조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

22-2. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(종합병원)(1일-60일)

(경증간편가입) 특별약관

22-2-1. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(종합병원)(1일-60일)

(경증간편가입) 특별약관

22-2-1은 경증간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(종합병원)(1일-60일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 인하여 종합병원에 1일이상 계속입원하여 치료를 받으며 제3조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급.

다만, 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(종합병원)(1일-60일)의 지급일수는 1회 입원당 60일을 한도로 합니다.

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
간호·간병통합서비스사용 질병입원비 (종합병원)(1일-60일)	계약일로부터 1년미만 발생시	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%(60일한도)
	계약일로부터 1년이후 발생시	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액(60일한도)

제2조(「입원」의 정의와 장소)

- ① 「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 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 「종합병원」에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

제3조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 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.

<의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)>

- ① 법 제4조의2제1항에서 “보건복지부령으로 정하는 입원 환자”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 입원 환자
 - 3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자
- ② 법 제4조의2제2항에서 “보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관”이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
- ③ 법 제4조의2제3항에서 “보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준”이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
- ④ 법 제4조의2제4항 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」 제2조제4호에 따른 군보건의료기관
 - 2. 「치료감호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제4조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 포함합니다.

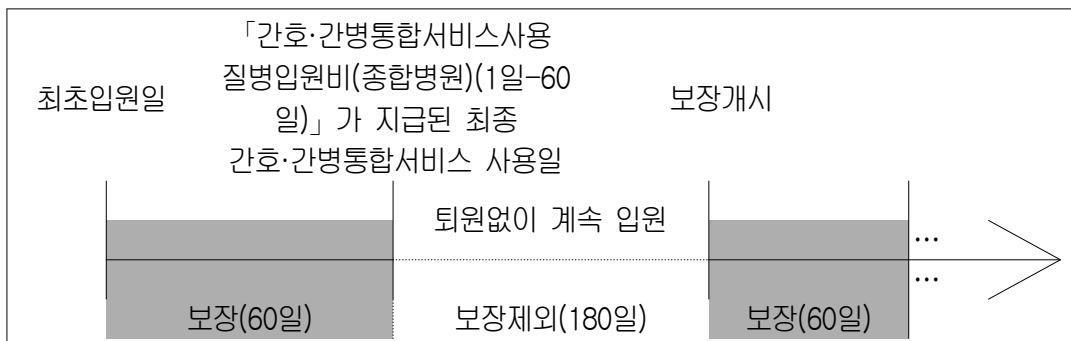
<의료법 제3조의3(종합병원)>

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
 - 1. 100개 이상의 병상을 갖추는 것
 - 2. 100 병상 이상 300 병상 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. 300 병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

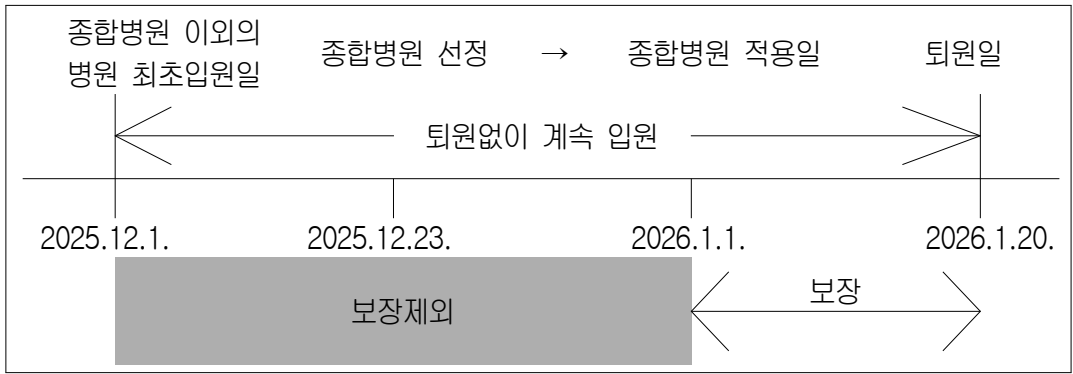
- ② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 “필수진료과목”이라한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

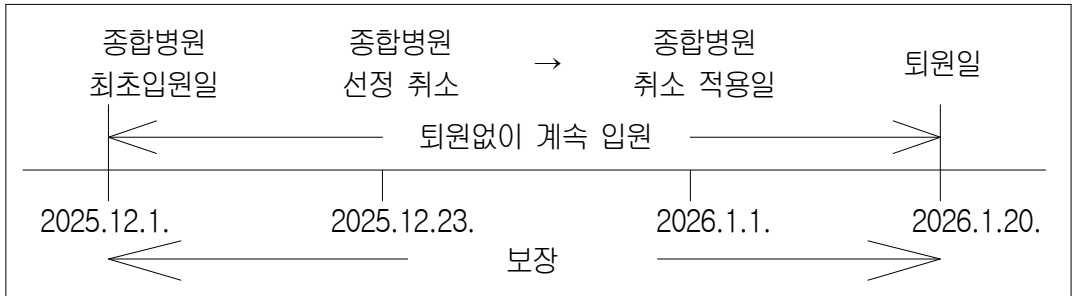
- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 각각 더하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 「간호·간병통합서비스 사용 질병입원비(종합병원)(1일-60일)」가 지급된 최종 입원의 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
- ③ 다음과 같이 「간호·간병통합서비스사용 질병입원비(종합병원)(1일-60일)」가 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 「간호·간병통합서비스사용 질병입원비(종합병원)(1일-60일)」가 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일의 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 계속하여 보장합니다. 단, 이 경우 제3항은 적용하지 않습니다.
- ⑤ 피보험자가 「종합병원 이외의 병원」에 입원하여 치료받던 중 「종합병원」에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 피보험자가 「종합병원」에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 「종합병원 이외의 병원」으로 이전하여 입원한 경우 해당 「종합병원」 퇴원일까지에 해당하는 보험금을 지급합니다.
- ⑦ 피보험자가 「종합병원 이외의 병원」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「종합병원」에 지정된 경우 종합병원 적용일부터 보험금을 지급합니다.



- ⑧ 피보험자가 「종합병원」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「종합병원」의 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 보험금을 지급합니다.



- ⑨ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑩ 최초계약의 경우 제1조(보험금의 지급사유)가 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일부터 1년이후 까지 계속되었을 경우 1일당 지급금액은 1년미만의 기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 계약일로부터 1년미만 발생시 지급금액을 적용하며, 1년이후의 기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 계약일로부터 1년이후 발생시 지급금액을 적용합니다.
- ⑪ 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.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
7. 성병
8. 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 4. 정상분만, 치과질환

제7조(특별약관의 무효)

이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제24조(계약의 무효)를 따릅니다.

제8조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
- ③ 제3조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

제9조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및

해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

23-1. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비Ⅱ(상급종합병원)(1일-60일) 특별약관

23-1-1. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비Ⅱ(상급종합병원) (1일-60일) 특별약관

23-1-1은 일반심사형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비Ⅱ(상급종합병원)(1일-60일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 상급종합병원에 1일이상 계속입원하여 치료를 받으며 제3조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급.
다만, 간호·간병통합서비스사용 질병입원비Ⅱ(상급종합병원)(1일-60일)의 지급일수는 1회 입원당 60일을 한도로 합니다.

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
간호·간병통합서비스사용 질병입원비Ⅱ (상급종합병원)(1일-60일)	계약일로부터 1년미만 발생시	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%(60일한도)
	계약일로부터 1년이후 발생시	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액(60일한도)

제2조(「입원」의 정의와 장소)

- ① 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 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 「상

급종합병원」에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

- ② 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

제3조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 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.

<의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)>

- ① 법 제4조의2제1항에서 “보건복지부령으로 정하는 입원 환자”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 입원 환자

3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자
- ② 법 제4조의2제2항에서 “보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관”이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
- ③ 법 제4조의2제3항에서 “보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준”이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
- ④ 법 제4조의2제4항 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」 제2조제4호에 따른 군보건의료기관
 2. 「치료감호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제4조(상급종합병원의 정의)

이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 종합병원을 말합니다.

<의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)>

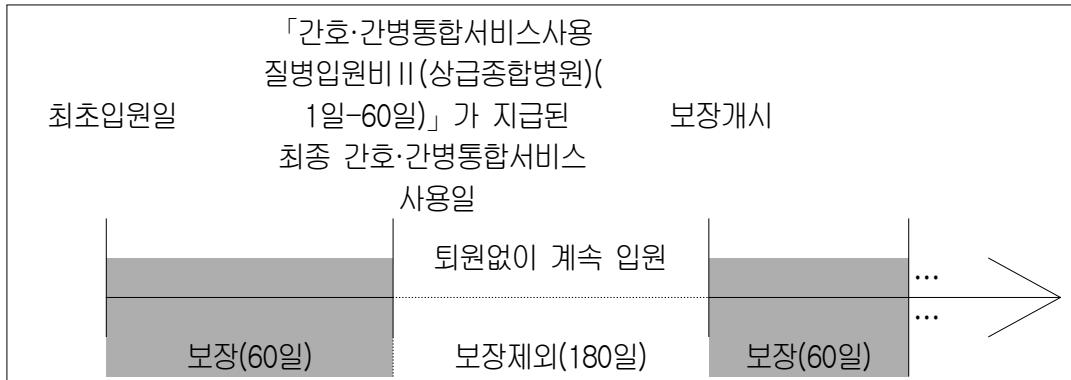
- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
 1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추어 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 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.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

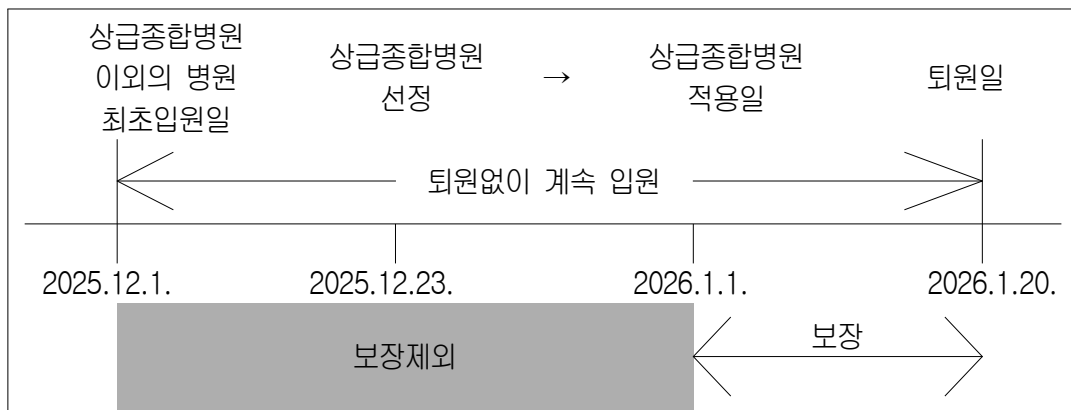
- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 각각 더하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보

아 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 「간호·간병통합서비스 사용 질병입원비Ⅱ(상급종합병원)(1일-60일)」가 지급된 최종 입원의 최종 간호·간병 통합서비스 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

- ③ 다음과 같이 「간호·간병통합서비스사용 질병입원비Ⅱ(상급종합병원)(1일-60일)」가 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원 중인 경우에는 「간호·간병통합서비스사용 질병입원비Ⅱ(상급종합병원)(1일-60일)」가 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일의 다음날을 퇴원일로 봅니다.

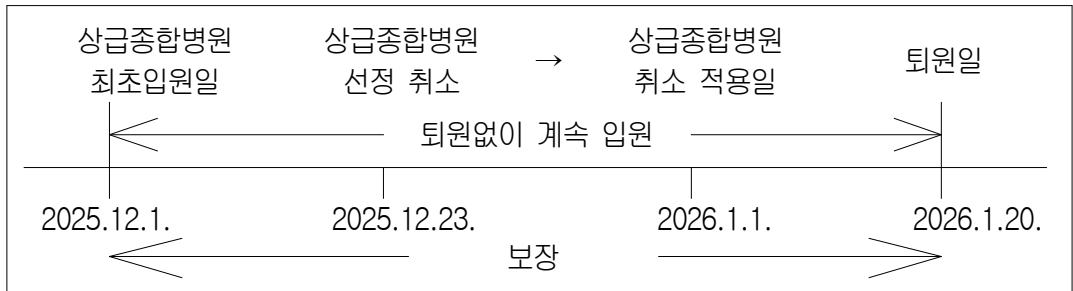


- ④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 계속하여 보장합니다. 단, 이 경우 제3항은 적용하지 않습니다.
- ⑤ 피보험자가 「상급종합병원 이외의 병원」에 입원하여 치료받던 중 「상급종합병원」에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 피보험자가 「상급종합병원」에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 「상급종합병원 이외의 병원」으로 이전하여 입원한 경우 해당 「상급종합병원」 퇴원일까지에 해당하는 보험금을 지급합니다.
- ⑦ 피보험자가 「상급종합병원 이외의 병원」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 보험금을 지급합니다.



- ⑧ 피보험자가 「상급종합병원」에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」

의 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여 보험금을 지급합니다.



- ⑨ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑩ 최초계약의 경우 제1조(보험금의 지급사유)가 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일부터 1년이후 까지 계속되었을 경우 1일당 지급금액은 1년미만의 기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 계약일로부터 1년미만 발생시 지급금액을 적용하며, 1년이후의 기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 계약일로부터 1년이후 발생시 지급금액을 적용합니다.
- ⑪ 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.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
 6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 7. 성병
 8. 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제7조(특별약관의 무효)

이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제24조(계약의 무효)를 따릅니다.

제8조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

③ 제3조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

제9조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

23-2. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(상급종합병원)(1일-60일) (경증간편가입) 특별약관

23-2-1. 간호·간병통합서비스사용질병입원비(상급종합병원)(1일-60일) (경증간편가입) 특별약관

23-2-1는 경증간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(상급종합병원)(1일-60일) : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 인하여 상급종합병원에 1일이상 계속입원하여 치료를 받으며 제3조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급.

다만, 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(상급종합병원)(1일-60일)의 지급일수는 1회 입원당 60일을 한도로 합니다.

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
간호·간병통합서비스사용 질병입원비 (상급종합병원)(1일-60일)	계약일로부터 1년미만 발생시	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%(60일한도)
	계약일로부터 1년이후 발생시	사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액(60일한도)

제2조(「입원」의 정의와 장소)

- ① 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 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 「상급종합병원」에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ③ 이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 말합니다.

제3조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 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.

<의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)>

- ① 법 제4조의2제1항에서 “보건복지부령으로 정하는 입원 환자”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 입원 환자
 3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자
- ② 법 제4조의2제2항에서 “보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관”이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
- ③ 법 제4조의2제3항에서 “보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준”이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
- ④ 법 제4조의2제4항 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」 제2조제4호에 따른 군보건의료기관
 2. 「치료감호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제4조(상급종합병원의 정의)

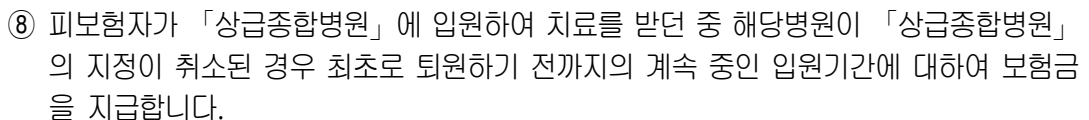
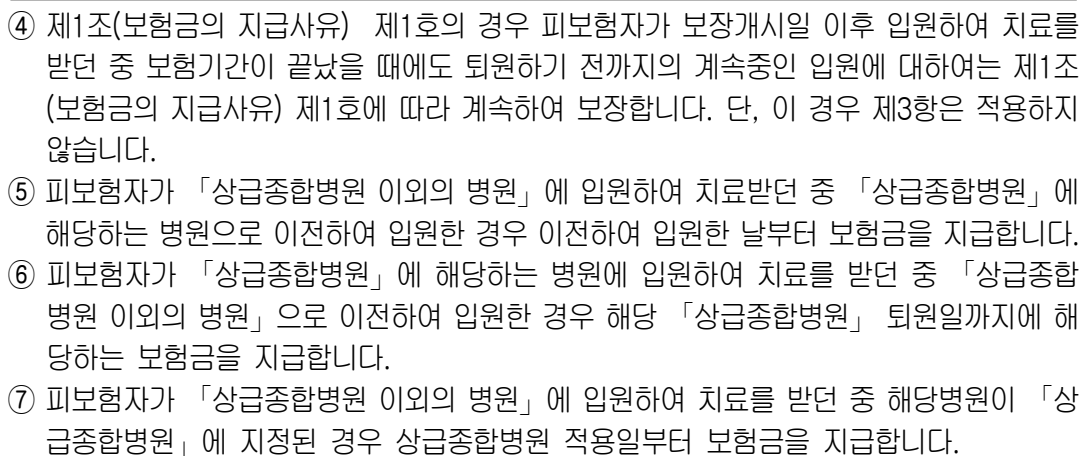
이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 종합병원을 말합니다.

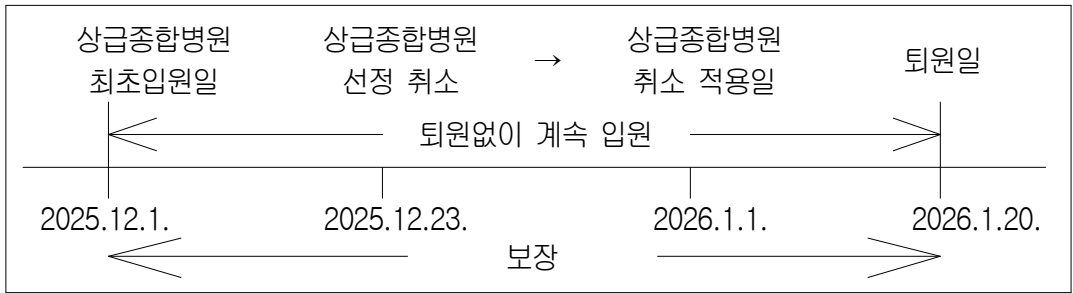
<의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)>

- 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 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(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 각각 더하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 「간호·간병통합서비스 사용 질병입원비(상급종합병원)(1일-60일)」가 지급된 최종 입원의 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
- ③ 다음과 같이 「간호·간병통합서비스사용 질병입원비(상급종합병원)(1일-60일)」가 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 「간호·간병통합서비스사용 질병입원비(상급종합병원)(1일-60일)」가 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일의 다음날을 퇴원일로 봅니다.





- ⑨ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑩ 최초계약의 경우 제1조(보험금의 지급사유)가 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일부터 1년이후 까지 계속되었을 경우 1일당 지급금액은 1년미만의 기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 계약일로부터 1년미만 발생시 지급금액을 적용하며, 1년이후의 기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 계약일로부터 1년이후 발생시 지급금액을 적용합니다.
- ⑪ 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.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
 6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 7. 성병
 8. 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제7조(특별약관의 무효)

이 특별약관의 무효조항은 보통약관 제24조(계약의 무효)를 따릅니다.

제8조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
- ③ 제3조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

제9조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

24-1. 간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양,정신,한방병원제외)(151일이상)

특별약관

24-1-1. 간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양,정신,한방병원제외)(151일이상)

특별약관

24-1-1은 일반심사형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양,정신,한방병원제외)(151일이상) : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」제외) 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 151일이상 계속입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 151일째 입원일로부터 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급합니다. 다만, 간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양,정신,한방병원제외)(151일이상)의 지급일수는 1회 입원당 215일을 한도로 합니다.

구 분	지 급 기 준	경과기간	지 급 금 액
간병인사용 질병입원비Ⅱ (요양,정신,한 방병원제외) (151일이상)	간병인 사용금액 1일당 7만원 미만	계약일로부터 1년미만 발생시	151일째 입원일로부터 사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 25%(215일한도)
		계약일로부터 1년이후 발생시	151일째 입원일로부터 사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%(215일한도)
	간병인 사용금액 1일당 7만원 이상	계약일로부터 1년미만 발생시	151일째 입원일로부터 사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%(215일한도)
		계약일로부터 1년이후 발생시	151일째 입원일로부터 사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액(215일한도)

※ 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다.

※ 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 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.

제2조(「입원」의 정의와 장소)

- ① 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 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 정의)에 해당하는 의료기관은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 제외) 또는 의원(한의원을 포함합니다)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 정의)

이 특별약관에서 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원을 말합니다.

제4조(간병인의 정의)

- ① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.
- ② 제1항에서 간병서비스라 함은 피보험자가 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 제외) 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 간병인이 피보험자의 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

간병인의 주요 업무(예시)

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부 위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

- ③ 제1항의 사업자는 간병관련 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 서비스사업자는 「직업안정법상」 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 간병인사용 질병입원비II(요양,정신,한방병원 제외)(151일이상)의 지급일수는 1회 입원당 215일을 한도로 합니다.

- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다. 이때, 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다.

<간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양,정신,한방병원제외)(151일이상) 계산예시>

- 보험계약일(보장개시일) : 2025년 4월 1일, 보험가입금액 : 2만원
- 입원기간 및 간병인 사용일 예시
 - 입원기간 : 2026년 4월 1일 ~ 2026년 10월 30일
 - 간병인 사용일 및 사용금액
 - 2026년 4월 1일 ~ 10월 15일 사용 : 총 사용일수 198일, 총사용금액 1,584만원
1일당 평균 7만원 이상에 해당.
→ 2만원 × 48일(198일-150일) = 96만원 지급
 - 2026년 10월 20일 ~ 10월 24일 오전, 10월 24일 오후, 10월 25일 오후 ~ 10월 27일 사용
: 총 사용일수 8일, 총 사용금액 52만원, 1일당 평균 7만원 미만에 해당
→ 1만원 × 8일 = 8만원 지급
- 간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양,정신,한방병원제외)(151일이상) 지급금액
: 간병인 사용일수 56일, 보험금 96만원 + 8만원 = 104만원 지급

- ③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 지급일수는 151일째 입원일로부터 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 각각 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양,정신,한방병원제외)(151일이상)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양,정신,한방병원제외)(151일이상)가 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양,정신,한방병원제외)(151일이상)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

최초입원일	151일째 입원일	입원비가 지급된 최종입원일	보장재개
		퇴원없이 계속 입원	
미보장(150일)	보장(215일)	보장제외(180 일)	미보장(150일) 보장(215일)

- ⑥ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조

(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양,정신,한방병원제외)(151일이상)를 계속 지급합니다.

- ⑦ 피보험자가 제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 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) 제1호에 따라 간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양,정신,한방병원제외)(151일이상)를 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받던 중 제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 정의)에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 해당 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다) 퇴원일까지 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양,정신,한방병원제외)(151일이상)를 지급합니다.
- ⑨ 피보험자가 제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 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) 제1호에 따라 간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양,정신,한방병원제외)(151일이상)를 지급합니다.
- ⑩ 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) 제1호에 따라 간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양,정신,한방병원제외)(151일이상)를 지급합니다.
- ⑪ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑫ 제1조(보험금의 지급사유)가 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일부터 1년이후 까지 계속되었을 경우 1일당 지급금액은 1년미만의 기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 계약일로부터 1년미만 발생시 지급금액을 적용하며, 1년이후의 기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 계약일로부터 1년이후 발생시 지급금액을 적용합니다.
- ⑬ 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.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
 6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 7. 성병
 8. 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 4. 정상분만, 치과질환
- ③ 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 간병인사용 질병입원비Ⅱ(요양, 정신,한방병원제외)(151일이상)은 지급하지 않습니다.

제7조(보험금 등의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
- ③ 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자의 직인 및 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 사업자등록 된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다)

2. 사업자등록증

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.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

24-2. 간병인사용 질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(151일이상)

(경증간편가입) 특별약관

24-2-1. 간병인사용 질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(151일이상)

(경증간편가입) 특별약관

24-2-1은 경증간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 간병인사용 질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(151일이상) : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 인하여 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 제외) 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 151일이상 계속입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 151일째 입원일로부터 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급합니다.
다만, 간병인사용 질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(151일이상)의 지급일수는 1회 입원당 215일을 한도로 합니다.

구 분	지 급 기 준	경과기간	지 급 금 액
간병인사용 질병입원비 (요양,정신,한 방병원제외) (151일이상)	간병인 사용금액 1일당 7만원 미만	계약일로부터 1년미만 발생시	151일째 입원일로부터 사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 25%(215일한도)
		계약일로부터 1년이후 발생시	151일째 입원일로부터 사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%(215일한도)
	간병인 사용금액 1일당 7만원 이상	계약일로부터 1년미만 발생시	151일째 입원일로부터 사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%(215일한도)
		계약일로부터 1년이후 발생시	151일째 입원일로부터 사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액(215일한도)

※ 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다.

※ 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자과 간병인 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.

제2조(「입원」의 정의와 장소)

- ① 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 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 정의)에 해당하는 의료기관은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 제외) 또는 의원(한의원을 포함합니다)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 정의)

이 특별약관에서 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원을 말합니다.

제4조(간병인의 정의)

- ① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.
- ② 제1항에서 간병서비스라 함은 피보험자가 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 제외) 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 간병인이 피보험자의 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

간병인의 주요 업무(예시)

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부 위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

- ③ 제1항의 사업자는 간병관련 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 서비스사업자는 「직업안정법상」 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 간병인사용 질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(151일이상)의 지급일수는 1회 입원당 215일을 한도로 합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 지급기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다. 이때, 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다.

<간병인사용 질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(151일이상) 계산예시>

- 보험계약일(보장개시일) : 2025년 4월 1일, 보험가입금액 : 2만원
- 입원기간 및 간병인 사용일 예시
 - 입원기간 : 2026년 4월 1일 ~ 2026년 10월 30일
 - 간병인 사용일 및 사용금액
 - 2026년 4월 1일 ~ 10월 15일 사용 : 총 사용일수 198일, 총사용금액 1,584만원
1일당 평균 7만원 이상에 해당.
→ 2만원 × 48일(198일-150일) = 96만원 지급
 - 2026년 10월 20일 ~ 10월 24일 오전, 10월 24일 오후, 10월 25일 오후 ~ 10월 27일 사용
: 총 사용일수 8일, 총 사용금액 52만원, 1일당 평균 7만원 미만에 해당
→ 1만원 × 8일 = 8만원 지급
- 간병인사용 질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(151일이상) 지급금액
: 간병인 사용일수 56일, 보험금 96만원 + 8만원 = 104만원 지급

- ③ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 지급일수는 151일째 입원일로부터 간병인을 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 각각 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
- ⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 간병인사용 질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(151일이상)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 간병인사용 질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(151일이상)가 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 간병인사용 질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(151일이상)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

최초입원일	151일째 입원일	입원비가 지급된 최종입원일	보장재개
		퇴원없이 계속 입원	...
미보장(150일)	보장(215일)	보장제외(180 일)	미보장(150일) 보장(215일) ...

- ⑥ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 간병인사용 질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(151일이상)를 계속 지급합니다.
- ⑦ 피보험자가 제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원 또는 의원(한의원

을 포함합니다)으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 간병인사용 질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(151일이상)를 지급합니다.

- ⑧ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 입원하여 치료를 받던 중 제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 정의)에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 해당 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원 또는 의원(한의원을 포함합니다) 퇴원일까지 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 간병인사용 질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(151일이상)를 지급합니다.
- ⑨ 피보험자가 제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 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) 제1호에 따라 간병인사용 질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(151일이상)를 지급합니다.
- ⑩ 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) 제1호에 따라 간병인사용 질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(151일이상)를 지급합니다.
- ⑪ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑫ 제1조(보험금의 지급사유)가 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일부터 1년이후 까지 계속되었을 경우 1일당 지급금액은 1년미만의 기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 계약일로부터 1년미만 발생시 지급금액을 적용하며, 1년이후의 기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 계약일로부터 1년이후 발생시 지급금액을 적용합니다.
- ⑬ 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.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수

정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
 6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 7. 성병
 8. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 4. 정상분만, 치과질환
- ③ 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 간병인사용 질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(151일이상)은 지급하지 않습니다.

제7조(보험금 등의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
- ③ 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.
1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자의 직인 및 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. 사업자등록증
 3. 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는보험수익자에게 간병인, 병원종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류

(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

25-1. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비Ⅱ(요양,정신,한방병원제외) (151일이상) 특별약관

25-1-1. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비Ⅱ (요양,정신,한방병원제외)(151일이상) 특별약관

25-1-1은 일반심사형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비Ⅱ(요양,정신,한방병원제외)(151일이상) : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 제외)에 151일이상 계속입원하여 치료를 받으며 제4조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 151일째 입원일로부터 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급합니다.

다만, 간호·간병통합서비스사용 질병입원비Ⅱ(요양,정신,한방병원제외)(151일이상)의 지급일수는 1회 입원당 215일을 한도로 합니다.

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
간호·간병통합서비스사용 질병입원비Ⅱ (요양,정신,한방병원제외) (151일이상)	계약일로부터 1년미만 발생시	151일째 입원일로부터 사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%(215일한도)
	계약일로부터 1년이후 발생시	151일째 입원일로부터 사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액(215일한도)

제2조(용어의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원(단, 제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 정의)에 해당하는 의료기관은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에 있어서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」제외)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 정의)

이 특별약관에서 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원을 말합니다.

제4조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 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」 제2조 제3호에 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.

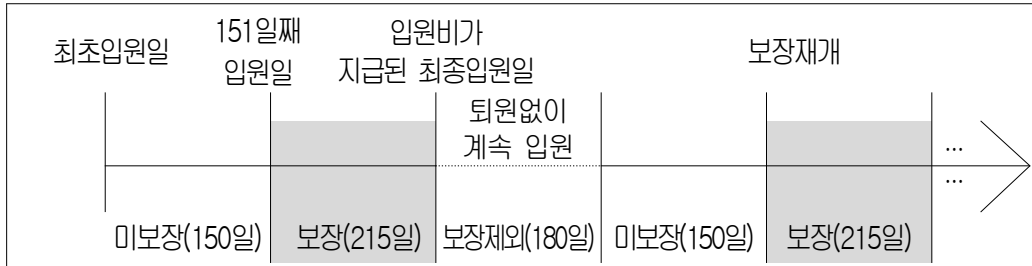
<의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)>

- ① 법 제4조의2 제1항에서 “보건복지부령으로 정하는 입원 환자”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 입원 환자
 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

제5조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 지급일수는 151일째 입원일로부터 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 각각 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수를 더합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 간호·간병통합서비스사용 질병입원비Ⅲ(요양,정신,한방병원제외)(151일이상)가 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경

과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 다음과 같이 간호·간병통합서비스 사용 질병입원비Ⅱ(요양,정신,한방병원제외)(151일이상)가 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 간호·간병통합서비스사용 질병입원비Ⅱ(요양,정신,한방병원제외)(151일이상)가 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ④ 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 간호·간병통합서비스사용 질병입원비Ⅱ(요양,정신,한방병원제외)(151일이상)를 계속 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 간호·간병통합서비스사용 질병입원비Ⅱ(요양,정신,한방병원제외)(151일이상)를 지급합니다.
- ⑥ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 정의)에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 해당 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원 퇴원일까지 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 간호·간병통합서비스사용 질병입원비Ⅱ(요양,정신,한방병원제외)(151일이상)를 지급합니다.
- ⑦ 피보험자가 제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원에 해당하게 된 경우 지정일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 간호·간병통합서비스사용 질병입원비Ⅱ(요양,정신,한방병원제외)(151일이상)를 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」에 해당하게 된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 간호·간병통합서비스사용 질병입원비Ⅱ(요양,정신,한방병원제외)(151일이상)를 지급합니다.
- ⑨ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑩ 제1조(보험금의 지급사유)가 계약일로부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일로부터 1년이후 까지 계속되었을 경우 1일당 지급금액은 1년미만의 기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 계약일로부터 1년미만 발생시 지급금액을 적용하며, 1년이후의 기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제

1호의 계약일로부터 1년이후 발생시 지급금액을 적용합니다.

- ⑪ 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.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 4. 정상분만, 치과질환
 5. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 6. 성병
 7. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

제7조(보험금 등의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
- ③ 제4조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적절한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

25-2. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(요양,정신,한방병원제외) (151일이상)(경증간편가입) 특별약관

25-2-1. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(요양,정신,한방병원제외) (151일이상)(경증간편가입) 특별약관

25-2-1은 경증간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(151일이상) : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 인하여 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」제외)에 151일이상 계속입원하여 치료를 받으며 제4조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 151일째 입원일로부터 사용한 날에 대하여 1일당 아래의 금액을 지급합니다.

다만, 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(151일이상)의 지급일수는 1회 입원당 215일을 한도로 합니다.

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
간호·간병통합서비스사용 질병입원비 (요양,정신,한방병원제외) (151일이상)	계약일로부터 1년미만 발생시	151일째 입원일로부터 사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액의 50%(215일한도)
	계약일로부터 1년이후 발생시	151일째 입원일로부터 사용일 1일당 이 특별약관 보험가입금액(215일한도)

제2조(용어의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원(단, 제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 정의)에 해당하는 의료기관은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에 있어서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으

로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 제외)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 정의)

이 특별약관에서 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원을 말합니다.

제4조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에서 간호·간병통합서비스라 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」 제2조 제3호에 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.

<의료법 시행규칙 제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)>

- ① 법 제4조의2 제1항에서 “보건복지부령으로 정하는 입원 환자”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

하여 치료를 받던 중 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(151일이상)를 지급합니다.

- ⑥ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 정의)에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우에는 해당 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원 퇴원일까지 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(151일이상)를 지급합니다.
- ⑦ 피보험자가 제3조(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원에 해당하게 된 경우 지정일부터 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(151일이상)를 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당 병원이 「요양병원, 정신병원 및 한방병원」에 해당하게 된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제1조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(151일이상)를 지급합니다.
- ⑨ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑩ 제1조(보험금의 지급사유)가 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일부터 1년이후 까지 계속되었을 경우 1일당 지급금액은 1년미만의 기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 계약일로부터 1년미만 발생시 지급금액을 적용하며, 1년이후의 기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 계약일로부터 1년이후 발생시 지급금액을 적용합니다.
- ⑪ 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.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항을 따릅니다.
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 - 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 - 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 - 4. 정상분만, 치과질환
 - 5. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 - 6. 성병

7. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

제7조(보험금 등의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.
- ③ 제4조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

제8조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적합한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

26-1. 간병인사용 질병입원지원비Ⅱ(요양병원제외)

(간병인비용연간200만원이상) 특별약관

26-1-1. 간병인사용 질병입원지원비Ⅱ(요양병원제외)

(간병인비용연간200만원이상) 특별약관

26-1-1은 일반심사형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한

보험금을 지급합니다.

1. 간병인사용 질병입원지원비 II(요양병원제외)(간병인비용연간200만원이상) : 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다)에 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 「연간 간병인 사용금액 총액」이 200만원 이상인 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급합니다.

1) 최초입원한 날이 보험기간 시작일로부터 1년미만인 입원대상

연간 간병인 사용금액 총액	지 급 금 액
200만원이상 300만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 5%
300만원이상 500만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 7.5%
500만원이상 700만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 12.5%
700만원이상 1,000만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 17.5%
1,000만원이상 1,500만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 25%
1,500만원이상 2,000만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 37.5%
2,000만원이상	이 특별약관 보험가입금액의 50%

2) 최초입원한 날이 보험기간 시작일로부터 1년이상인 입원대상

연간 간병인 사용금액 총액	지 급 금 액
200만원이상 300만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 10%
300만원이상 500만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 15%
500만원이상 700만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 25%
700만원이상 1,000만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 35%
1,000만원이상 1,500만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
1,500만원이상 2,000만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 75%
2,000만원이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

- ② 제1항에서 간병인 사용금액은 1일당 25만원을 한도로 합니다.

제2조(「입원」의 정의와 장소)

- ① 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 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 제3조(「요양병원」의 정의)에 해당하는 의료기관은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 요

양병원은 제외합니다)를 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 「연간 간병인 사용금액 총액」을 적용합니다.

제3조(「요양병원」의 정의)

이 특별약관에서 「요양병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제4조(간병인의 정의)

- ① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.
- ② 제1항에서 간병서비스라 함은 피보험자가 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다)에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 간병인이 피보험자의 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

간병인의 주요 업무(예시)

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부 위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

- ③ 제1항의 사업자는 간병관련 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 서비스사업자는 「직업안정법상」 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

제5조(「연간 간병인 사용금액 총액」의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「연간 간병인 사용금액 총액」이라 함은 해당 질병의 진료를 위하여 병원 또는 의원에 최초입원한 날이 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간 내에 있는 간병인 사용금액을 합산한 금액을 말하며 간병인 이용에 사용된 금액 외에 간병에 쓰인 비용은 포함하지 않습니다.
- ② 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험년도가 변경된 경우에도 해당 질병으로 최초입원한 날에 해당하는 「연간 간병인 사용금액 총액」에 합산하여 적용합니다.

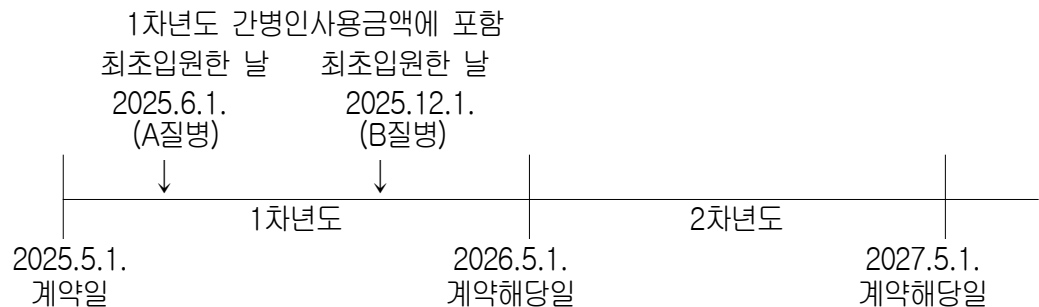
[연간 간병인 사용금액 총액 계산 예시 - 보험가입금액 200만원 가입시]

예시1)

- 보험계약일(보장개시일) : 2025년 5월 1일

A질병	- 입원기간 : 2025년 6월 1일 ~ 6월 30일(30일) - 간병인 사용기간 : 2025년 6월 11일 ~ 6월 17일(7일) - 간병인 사용금액 : 70만원 → 1일당 평균사용금액 10만원이므로 1일당 10만원 적용
B질병	- 입원기간 : 2025년 12월 1일 ~ 12월 30일(30일) - 간병인 사용기간 : 2025년 12월 4일 ~ 12월 13일(10일) - 간병인 사용금액 : 300만원 → 1일당 평균사용금액 30만원이므로 1일당 25만원 적용

- (A질병) : 1일당 평균 10만원 사용으로 1일당 10만원 적용
(10만원 X 7일 = 70만원)
 - (B질병) : 1일당 평균 30만원 사용으로 1일당 25만원 적용
(25만원 X 10일 = 250만원)
- 1차년도 간병인 사용금액 총액 : (A질병) 70만원 + (B질병) 250만원 = 320만원
 ⇒ **보험가입금액의 7.5% 지급. 1차년도 지급금액 : 15만원**



예시2)

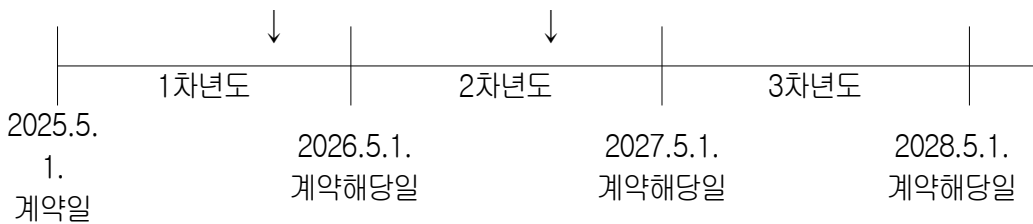
- 보험계약일(보장개시일) : 2025년 5월 1일

A질병	- 입원기간 : 2026년 4월 20일 ~ 5월 19일(30일) - 간병인 사용기간 : 2026년 4월 25일 ~ 5월 14일(20일) - 간병인 사용금액 : 400만원 → 1일당 평균사용금액 20만원이므로 1일당 20만원 적용
B질병	- 입원기간 : 2026년 11월 20일 ~ 12월 19일(30일) - 간병인 사용기간 : 2026년 11월 25일 ~ 12월 14일(20일) - 간병인 사용금액 : 600만원 → 1일당 평균사용금액 30만원이므로 1일당 25만원 적용

입원기간 중 보험년도 변경시 최초입원한 날의 보험년도 간병인 사용금액 총액에 합산함.

- (A질병) : 1일당 평균 20만원 사용으로 1일당 20만원 적용
(20만원 X 20일 = 400만원)
→ 1차년도 간병인 사용금액 총액 : (A질병) 400만원
⇒ **보험가입금액의 7.5% 지급. 1차년도 지급금액 : 15만원**
- (B질병) : 1일당 평균 30만원 사용으로 1일당 25만원 적용
(25만원 X 20일 = 500만원)
→ 2차년도 간병인 사용금액 총액 : (B질병) 500만원
⇒ **보험가입금액의 25% 지급. 2차년도 지급금액 : 50만원**

1차년도 간병인사용금액에 포함 최초입원한 날 2026.4.20. (A질병)	2차년도 간병인 사용금액에 포함 최초입원한 날 2026.11.20. (B질병)



예시3)

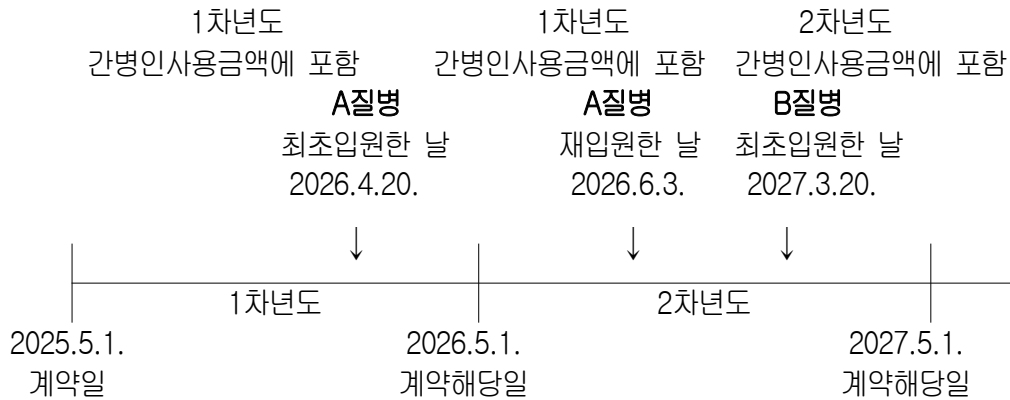
- 보험계약일(보장개시일) : 2025년 5월 1일

A질병	- 입원기간 : 2026년 4월 20일 ~ 5월 2일, 2026년 6월 3일 ~ 6월 17일 - 간병인 사용기간 및 간병인 사용금액 : 총 640만원(20일) · 2026년 4월 21일 ~ 4월 28일(8일), 사용금액 400만원 · 2026년 6월 5일 ~ 6월 16일(12일), 사용금액 240만원 → 1일당 평균사용금액이 32만원이므로 1일당 25만원 적용
B질병	- 입원기간 : 2027년 3월 20일 ~ 4월 5일 - 간병인 사용기간 : 2027년 3월 22일 ~ 3월 31일(10일) - 간병인 사용금액 : 300만원 → 1일당 평균사용금액이 30만원이므로 1일당 25만원 적용

같은 질병으로 2회이상 입원시 최초입원한 날 보험년도의 간병인 사용금액 총액에 합산함.

- (A질병) : 1일당 평균사용금액이 32만원이므로 1일당 25만원 적용
(25만원 X 20일 = 500만원)
→ 1차년도 간병인 사용금액 총액 : (A질병) 500만원
⇒ **보험가입금액의 12.5% 지급. 1차년도 지급금액 : 25만원**

- (B질병) : 1일당 평균 30만원 사용으로 1일당 25만원 적용
(25만원 X 10일 = 250만원)
→ 2차년도 간병인 사용금액 총액 : (B질병) 250만원
→ **보험가입금액의 10% 지급. 2차년도 지급금액 : 20만원**



제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
- ② 제5조(「연간 간병인 사용금액 총액」의 정의)에도 불구하고 보험수익자가 계약해당일 전일 이전에 보험금을 청구한 경우에는 회사는 해당 보험금 청구일의 「연간 간병인 사용금액 총액」을 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다. 다만, 해당 보험금 청구일 이후 「연간 간병인 사용금액 총액」이 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금보다 증가한 경우 회사는 그 차액을 보험수익자에게 추가로 지급합니다. 한편, 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금보다 감소한 경우 보험수익자는 그 차액을 회사에 납입하여야 합니다.
- ③ 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 「연간 간병인 사용금액 총액」을 적용합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 계속하여 보장합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 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.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
 6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 7. 성병
 8. 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 4. 정상분만, 치과질환
- ③ 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1호의 간병인사용 질병입원지원비II(요양병원제외)(간병인비용연간200만원이상)은 지급하지 않습니다.

제8조(보험금 등의 청구)

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

③ 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.

1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자의 직인 및 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. 사업자등록증
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.

제9조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적용한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

26-2. 간병인사용 질병입원지원비(요양병원제외)

(간병인비용연간200만원이상)(경증간편가입) 특별약관

26-2-1. 간병인사용 질병입원지원비(요양병원제외)

(간병인비용연간200만원이상)(경증간편가입) 특별약관

26-2-1은 경증간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 간병인사용 질병입원지원비(요양병원제외)(간병인비용연간200만원이상) : 이 특별약관

관의 보험기간 중에 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다)에 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 「연간 간병인 사용금액 총액」이 200만원 이상인 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급합니다.

1) 최초입원한 날이 보험기간 시작일로부터 1년미만인 입원대상

연간 간병인 사용금액 총액	지 급 금 액
200만원이상 300만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 5%
300만원이상 500만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 7.5%
500만원이상 700만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 12.5%
700만원이상 1,000만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 17.5%
1,000만원이상 1,500만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 25%
1,500만원이상 2,000만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 37.5%
2,000만원이상	이 특별약관 보험가입금액의 50%

2) 최초입원한 날이 보험기간 시작일로부터 1년이상인 입원대상

연간 간병인 사용금액 총액	지 급 금 액
200만원이상 300만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 10%
300만원이상 500만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 15%
500만원이상 700만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 25%
700만원이상 1,000만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 35%
1,000만원이상 1,500만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
1,500만원이상 2,000만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 75%
2,000만원이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항에서 간병인 사용금액은 1일당 25만원을 한도로 합니다.

제2조(「입원」의 정의와 장소)

- ① 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 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 제3조(「요양병원」의 정의)에 해당하는 의료기관은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다)를 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 「연간 간병인 사용금액 총액」을 적용합니다.

제3조(「요양병원」의 정의)

이 특별약관에서 「요양병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제4조(간병인의 정의)

- ① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.
- ② 제1항에서 간병서비스라 함은 피보험자가 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다)에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 간병인이 피보험자의 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

간병인의 주요 업무(예시)

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부 위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

- ③ 제1항의 사업자는 간병관련 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 서비스사업자는 「직업안정법상」 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

제5조(「연간 간병인 사용금액 총액」의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「연간 간병인 사용금액 총액」이라 함은 해당 질병의 진료를 위하여 병원 또는 의원에 최초입원한 날이 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간 내에 있는 간병인 사용금액을 합산한 금액을 말하며 간병인 이용에 사용된 금액 외에 간병에 쓰인 비용은 포함하지 않습니다.
- ② 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험년도가 변경된 경우에도 해당 질병으로 최초입원한 날에 해당하는 「연간 간병인 사용금액 총액」에 합산하여 적용합니다.

[연간 간병인 사용금액 총액 계산 예시 - 보험가입금액 200만원 가입시]

예시1)

· 보험계약일(보장개시일) : 2025년 5월 1일

A질병	- 입원기간 : 2025년 6월 1일 ~ 6월 30일(30일) - 간병인 사용기간 : 2025년 6월 11일 ~ 6월 17일(7일) - 간병인 사용금액 : 70만원 → 1일당 평균사용금액 10만원이므로 1일당 10만원 적용
B질병	- 입원기간 : 2025년 12월 1일 ~ 12월 30일(30일) - 간병인 사용기간 : 2025년 12월 4일 ~ 12월 13일(10일) - 간병인 사용금액 : 300만원 → 1일당 평균사용금액 30만원이므로 1일당 25만원 적용

· (A질병) : 1일당 평균 10만원 사용으로 1일당 10만원 적용

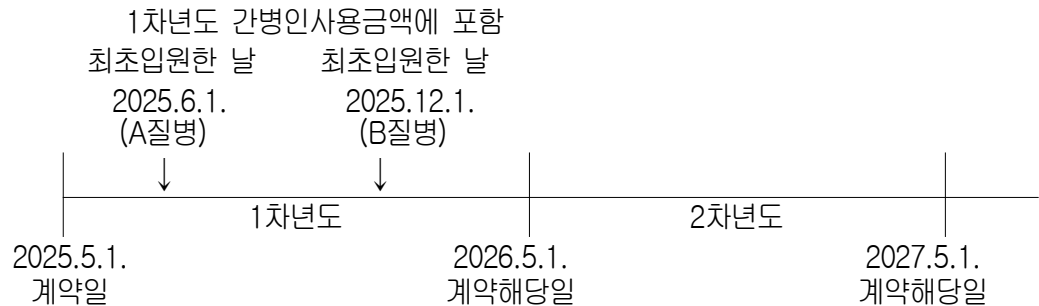
(10만원 X 7일 = 70만원)

· (B질병) : 1일당 평균 30만원 사용으로 1일당 25만원 적용

(25만원 X 10일 = 250만원)

→ 1차년도 간병인 사용금액 총액 : (A질병) 70만원 + (B질병) 250만원 = 320만원

⇒ 보험가입금액의 7.5% 지급. 1차년도 지급금액 : 15만원



예시2)

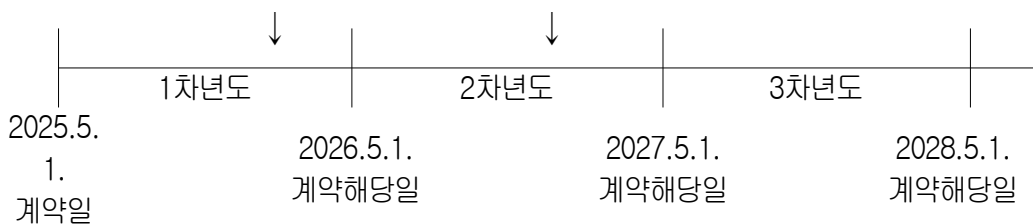
· 보험계약일(보장개시일) : 2025년 5월 1일

A질병	- 입원기간 : 2026년 4월 20일 ~ 5월 19일(30일) - 간병인 사용기간 : 2026년 4월 25일 ~ 5월 14일(20일) - 간병인 사용금액 : 400만원 → 1일당 평균사용금액 20만원이므로 1일당 20만원 적용
B질병	- 입원기간 : 2026년 11월 20일 ~ 12월 19일(30일) - 간병인 사용기간 : 2026년 11월 25일 ~ 12월 14일(20일) - 간병인 사용금액 : 600만원 → 1일당 평균사용금액 30만원이므로 1일당 25만원 적용

입원기간 중 보험년도 변경시 최초입원한 날의 보험년도 간병인 사용금액 총액에 합산함.

- (A질병) : 1일당 평균 20만원 사용으로 1일당 20만원 적용
(20만원 X 20일 = 400만원)
→ 1차년도 간병인 사용금액 총액 : (A질병) 400만원
⇒ **보험가입금액의 7.5% 지급. 1차년도 지급금액 : 15만원**
- (B질병) : 1일당 평균 30만원 사용으로 1일당 25만원 적용
(25만원 X 20일 = 500만원)
→ 2차년도 간병인 사용금액 총액 : (B질병) 500만원
⇒ **보험가입금액의 25% 지급. 2차년도 지급금액 : 50만원**

1차년도 간병인사용금액에 포함 최초입원한 날 2026.4.20. (A질병)	2차년도 간병인 사용금액에 포함 최초입원한 날 2026.11.20. (B질병)



예시3)

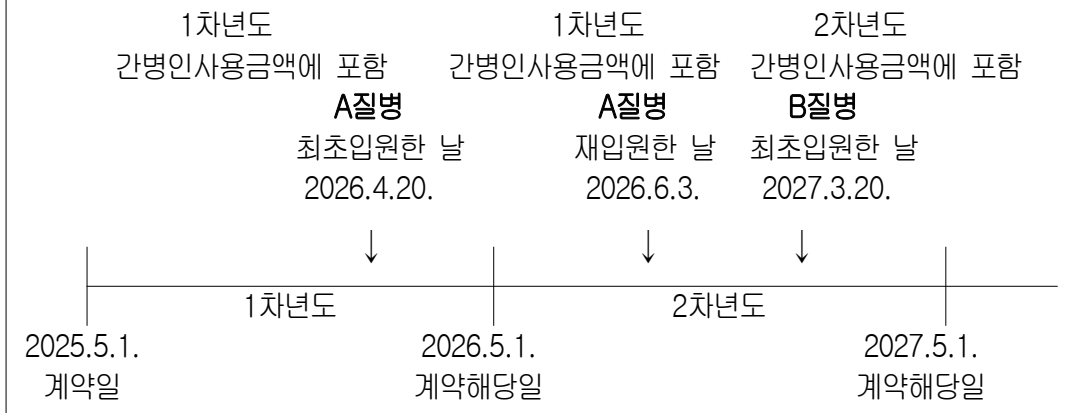
- 보험계약일(보장개시일) : 2025년 5월 1일

A질병	- 입원기간 : 2026년 4월 20일 ~ 5월 2일, 2026년 6월 3일 ~ 6월 17일 - 간병인 사용기간 및 간병인 사용금액 : 총 640만원(20일) · 2026년 4월 21일 ~ 4월 28일(8일), 사용금액 400만원 · 2026년 6월 5일 ~ 6월 16일(12일), 사용금액 240만원 → 1일당 평균사용금액이 32만원이므로 1일당 25만원 적용
B질병	- 입원기간 : 2027년 3월 20일 ~ 4월 5일 - 간병인 사용기간 : 2027년 3월 22일 ~ 3월 31일(10일) - 간병인 사용금액 : 300만원 → 1일당 평균사용금액이 30만원이므로 1일당 25만원 적용

같은 질병으로 2회이상 입원시 최초입원한 날 보험년도의 간병인 사용금액 총액에 합산함.

- (A질병) : 1일당 평균사용금액이 32만원이므로 1일당 25만원 적용
(25만원 X 20일 = 500만원)
→ 1차년도 간병인 사용금액 총액 : (A질병) 500만원
⇒ **보험가입금액의 12.5% 지급. 1차년도 지급금액 : 25만원**

- (B질병) : 1일당 평균 30만원 사용으로 1일당 25만원 적용
(25만원 X 10일 = 250만원)
→ 2차년도 간병인 사용금액 총액 : (B질병) 250만원
⇒ 보험가입금액의 10% 지급. 2차년도 지급금액 : 20만원



제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
- ② 제5조(「연간 간병인 사용금액 총액」의 정의)에도 불구하고 보험수익자가 계약해당일 전일 이전에 보험금을 청구한 경우에는 회사는 해당 보험금 청구일의 「연간 간병인 사용금액 총액」을 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다. 다만, 해당 보험금 청구일 이후 「연간 간병인 사용금액 총액」이 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금보다 증가한 경우 회사는 그 차액을 보험수익자에게 추가로 지급합니다. 한편, 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금보다 감소한 경우 보험수익자는 그 차액을 회사에 납입하여야 합니다.
- ③ 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 「연간 간병인 사용금액 총액」을 적용합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 계속하여 보장합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 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.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
 6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 7. 성병
 8. 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 4. 정상분만, 치과질환
- ③ 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호의 간병인사용 질병입원지원비(요양병원제외)(간병인비용연간200만원이상)은 지급하지 않습니다.

제8조(보험금 등의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
 4. 기타 보험수익자가 보험금등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

③ 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.

1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자의 직인 및 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. 사업자등록증
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.

제9조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

27-1. 간병인사용 질병입원지원비Ⅱ(요양병원)(간병인비용연간200만원이상) 특별약관

27-1-1. 간병인사용 질병입원지원비Ⅱ(요양병원) (간병인비용연간200만원이상) 특별약관

27-1-1은 일반심사형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 간병인사용 질병입원지원비Ⅱ(요양병원)(간병인비용연간200만원이상) : 이 특별약관

의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 「연간 간병인 사용금액 총액」이 200만원 이상인 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급합니다.

1) 최초입원한 날이 보험기간 시작일로부터 1년미만인 입원대상

연간 간병인 사용금액 총액	지 급 금 액
200만원이상 300만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 5%
300만원이상 500만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 7.5%
500만원이상 700만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 12.5%
700만원이상 1,000만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 17.5%
1,000만원이상 1,500만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 25%
1,500만원이상 2,000만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 37.5%
2,000만원이상	이 특별약관 보험가입금액의 50%

2) 최초입원한 날이 보험기간 시작일로부터 1년이상인 입원대상

연간 간병인 사용금액 총액	지 급 금 액
200만원이상 300만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 10%
300만원이상 500만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 15%
500만원이상 700만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 25%
700만원이상 1,000만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 35%
1,000만원이상 1,500만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
1,500만원이상 2,000만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 75%
2,000만원이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항에서 간병인 사용금액은 1일당 25만원을 한도로 합니다.

제2조(「입원」의 정의와 장소)

- ① 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 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 「연간 간병인 사용금액 총액」을 적용합니다.

제3조(「요양병원」의 정의)

이 특별약관에서 「요양병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제4조(간병인의 정의)

- ① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.
- ② 제1항에서 간병서비스라 함은 피보험자가 요양병원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 간병인이 피보험자의 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

간병인의 주요 업무(예시)

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부 위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

- ③ 제1항의 사업자는 간병관련 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 서비스사업자는 「직업안정법상」 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

제5조(「연간 간병인 사용금액 총액」의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「연간 간병인 사용금액 총액」이라 함은 해당 질병의 진료를 위하여 병원 또는 의원에 최초입원한 날이 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간 내에 있는 간병인 사용금액을 합산한 금액을 말하며 간병인 이용에 사용된 금액 외에 간병에 쓰인 비용은 포함하지 않습니다.
- ② 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험년도가 변경된 경우에도 해당 질병으로 최초입원한 날에 해당하는 「연간 간병인 사용금액 총액」에 합산하여 적용합니다.

[연간 간병인 사용금액 총액 계산 예시 - 보험가입금액 200만원 가입시]

예시1)

· 보험계약일(보장개시일) : 2025년 5월 1일

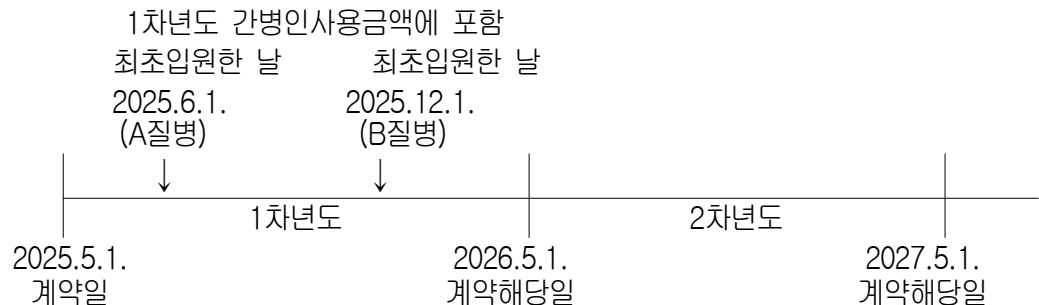
A질병	- 입원기간 : 2025년 6월 1일 ~ 6월 30일(30일) - 간병인 사용기간 : 2025년 6월 11일 ~ 6월 17일(7일) - 간병인 사용금액 : 70만원 → 1일당 평균사용금액 10만원이므로 1일당 10만원 적용
B질병	- 입원기간 : 2025년 12월 1일 ~ 12월 30일(30일) - 간병인 사용기간 : 2025년 12월 4일 ~ 12월 13일(10일) - 간병인 사용금액 : 300만원 → 1일당 평균사용금액 30만원이므로 1일당 25만원 적용

· (A질병) : 1일당 평균 10만원 사용으로 1일당 10만원 적용
(10만원 X 7일 = 70만원)

· (B질병) : 1일당 평균 30만원 사용으로 1일당 25만원 적용
(25만원 X 10일 = 250만원)

→ 1차년도 간병인 사용금액 총액 : (A질병) 70만원 + (B질병) 250만원 = 320만원

⇒ 보험가입금액의 7.5% 지급. 1차년도 지급금액 : 15만원



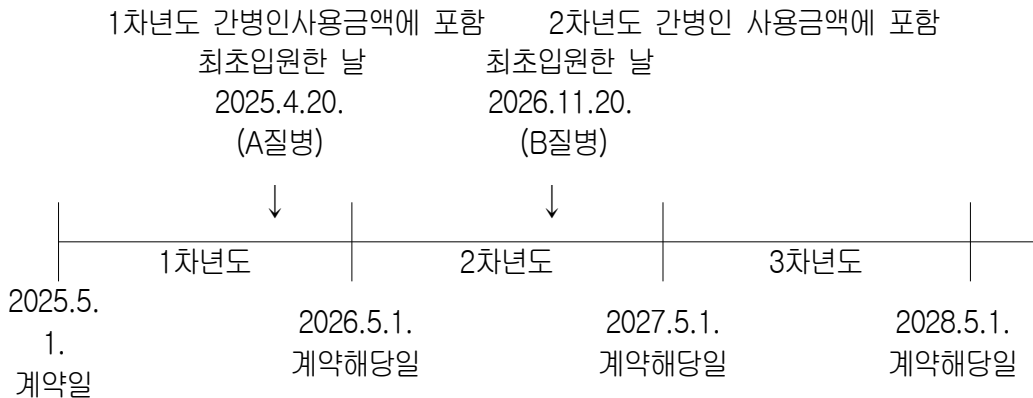
예시2)

· 보험계약일(보장개시일) : 2025년 5월 1일

A질병	- 입원기간 : 2026년 4월 20일 ~ 5월 19일(30일) - 간병인 사용기간 : 2026년 4월 25일 ~ 5월 14일(20일) - 간병인 사용금액 : 400만원 → 1일당 평균사용금액 20만원이므로 1일당 20만원 적용
B질병	- 입원기간 : 2026년 11월 20일 ~ 12월 19일(30일) - 간병인 사용기간 : 2026년 11월 25일 ~ 12월 14일(20일) - 간병인 사용금액 : 600만원 → 1일당 평균사용금액 30만원이므로 1일당 25만원 적용

입원기간 중 보험년도 변경시 최초입원한 날의 보험년도 간병인 사용금액 총액에 합산함.

- (A질병) : 1일당 평균 20만원 사용으로 1일당 20만원 적용
(20만원 X 20일 = 400만원)
→ 1차년도 간병인 사용금액 총액 : (A질병) 400만원
⇒ **보험가입금액의 7.5% 지급. 1차년도 지급금액 : 15만원**
- (B질병) : 1일당 평균 30만원 사용으로 1일당 25만원 적용
(25만원 X 20일 = 500만원)
→ 2차년도 간병인 사용금액 총액 : (B질병) 500만원
⇒ **보험가입금액의 25% 지급. 2차년도 지급금액 : 50만원**



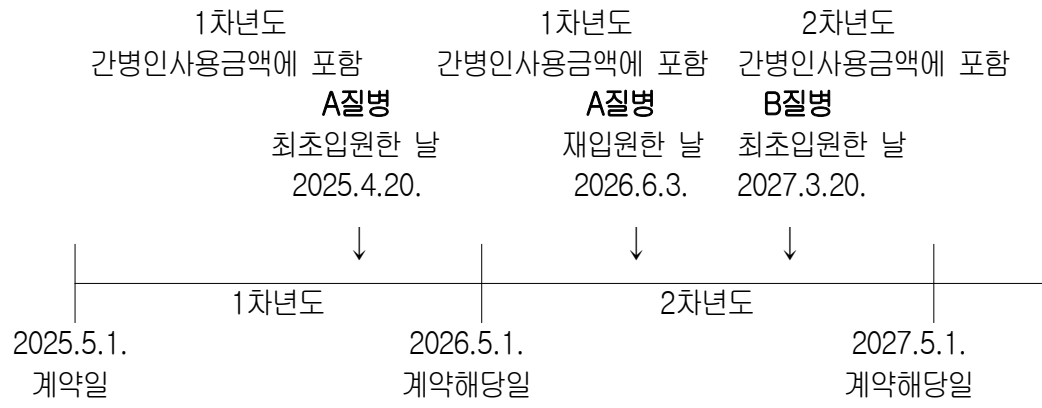
예시3)

- 보험계약일(보장개시일) : 2025년 5월 1일

A질병	- 입원기간 : 2026년 4월 20일 ~ 5월 2일, 2026년 6월 3일 ~ 6월 17일 - 간병인 사용기간 및 간병인 사용금액 : 총 640만원(20일) · 2026년 4월 21일 ~ 4월 28일(8일), 사용금액 400만원 · 2026년 6월 5일 ~ 6월 16일(12일), 사용금액 240만원 → 1일당 평균사용금액이 32만원이므로 1일당 25만원 적용
B질병	- 입원기간 : 2027년 3월 20일 ~ 4월 5일 - 간병인 사용기간 : 2027년 3월 22일 ~ 3월 31일(10일) - 간병인 사용금액 : 300만원 → 1일당 평균사용금액이 30만원이므로 1일당 25만원 적용

같은 질병으로 2회이상 입원시 최초입원한 날 보험년도의 간병인 사용금액 총액에 합산함.

- (A질병) : 1일당 평균사용금액이 32만원이므로 1일당 25만원 적용
(25만원 X 20일 = 500만원)
→ 1차년도 간병인 사용금액 총액 : (A질병) 500만원
⇒ 보험가입금액의 12.5% 지급. 1차년도 지급금액 : 25만원
- (B질병) : 1일당 평균 30만원 사용으로 1일당 25만원 적용
(25만원 X 10일 = 250만원)
→ 2차년도 간병인 사용금액 총액 : (B질병) 250만원
⇒ 보험가입금액의 10% 지급. 2차년도 지급금액 : 20만원



제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
- ② 제5조(「연간 간병인 사용금액 총액」의 정의)에도 불구하고 보험수익자가 계약해당일 전일 이전에 보험금을 청구한 경우에는 회사는 해당 보험금 청구일의 「연간 간병인 사용금액 총액」을 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다. 다만, 해당 보험금 청구일 이후 「연간 간병인 사용금액 총액」이 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금보다 증가한 경우 회사는 그 차액을 보험수익자에게 추가로 지급합니다. 한편, 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금보다 감소한 경우 보험수익자는 그 차액을 회사에 납입하여야 합니다.
- ③ 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 「연간 간병인 사용금액 총액」을 적용합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 계속하여 보장합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

- ⑥ 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.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
 6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 7. 성병
 8. 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 4. 정상분만, 치과질환
- ③ 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호의 간병인사용 질병입원지원비 II(요양병원)(간병인비용연간200만원이상)은 지급하지 않습니다.

제8조(보험금 등의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아

닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

③ 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.

1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자의 직인 및 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. 사업자등록증

3. 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는보험수익자에게 간병인, 병원종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제9조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

27-2. 간병인사용 질병입원지원비(요양병원)(간병인비용연간200만원이상) (경증간편가입) 특별약관

27-2-1. 간병인사용 질병입원지원비(요양병원)

(간병인비용연간200만원이상)(경증간편가입) 특별약관

27-2-1은 경증간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 간병인사용 질병입원지원비(요양병원)(간병인비용연간200만원이상) : 이 특별약관의 보험기간 중에 질병으로 인하여 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 「연간 간병인 사용금액 총액」이 200만원 이상인 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급합니다.

1) 최초입원한 날이 보험기간 시작일로부터 1년미만인 입원대상

연간 간병인 사용금액 총액	지 급 금 액
200만원이상 300만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 5%
300만원이상 500만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 7.5%
500만원이상 700만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 12.5%
700만원이상 1,000만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 17.5%
1,000만원이상 1,500만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 25%
1,500만원이상 2,000만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 37.5%
2,000만원이상	이 특별약관 보험가입금액의 50%

2) 최초입원한 날이 보험기간 시작일로부터 1년이상인 입원대상

연간 간병인 사용금액 총액	지 급 금 액
200만원이상 300만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 10%
300만원이상 500만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 15%
500만원이상 700만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 25%
700만원이상 1,000만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 35%
1,000만원이상 1,500만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%
1,500만원이상 2,000만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 75%
2,000만원이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%

② 제1항에서 간병인 사용금액은 1일당 25만원을 한도로 합니다.

제2조(「입원」의 정의와 장소)

- ① 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 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 「계속입원」이라 함은 입원치료의 목적이 되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 「연간 간병인 사용금액 총액」을 적용합니다.

제3조(「요양병원」의 정의)

이 특별약관에서 「요양병원」이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제4조(간병인의 정의)

- ① 이 특별약관에서 간병인이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.
- ② 제1항에서 간병서비스라 함은 피보험자가 요양병원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 간병인이 피보험자의 신체활동 지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

간병인의 주요 업무(예시)

침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부 위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

- ③ 제1항의 사업자는 간병관련 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 서비스사업자는 「직업안정법상」 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.

제5조(「연간 간병인 사용금액 총액」의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「연간 간병인 사용금액 총액」이라 함은 해당 질병의 진료를 위하여 병원 또는 의원에 최초입원한 날이 이 특별약관의 계약일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간 내에 있는 간병인 사용금액을 합산한 금액을 말하며 간병인 이용에 사용된 금액 외에 간병에 쓰인 비용은 포함하지 않습니다.
- ② 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험년도가 변경된 경우에도 해당 질병으로 최초입

원한 날에 해당하는 「연간 간병인 사용금액 총액」에 합산하여 적용합니다.

[연간 간병인 사용금액 총액 계산 예시 - 보험가입금액 200만원 가입시]
예시1)

· 보험계약일(보장개시일) : 2025년 5월 1일

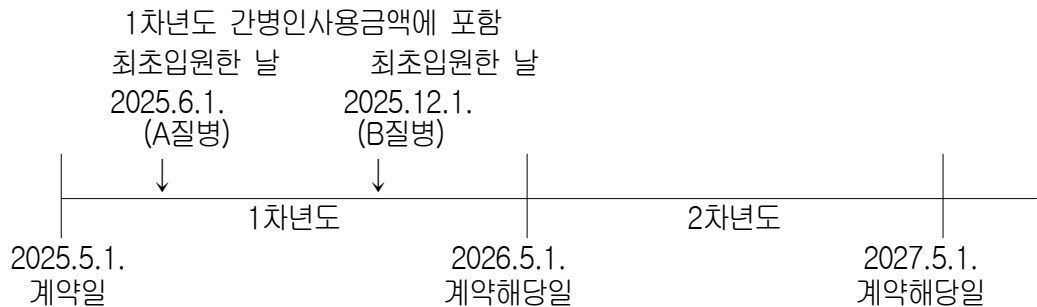
A질병	- 입원기간 : 2025년 6월 1일 ~ 6월 30일(30일) - 간병인 사용기간 : 2025년 6월 11일 ~ 6월 17일(7일) - 간병인 사용금액 : 70만원 → 1일당 평균사용금액 10만원이므로 1일당 10만원 적용
B질병	- 입원기간 : 2025년 12월 1일 ~ 12월 30일(30일) - 간병인 사용기간 : 2025년 12월 4일 ~ 12월 13일(10일) - 간병인 사용금액 : 300만원 → 1일당 평균사용금액 30만원이므로 1일당 25만원 적용

· (A질병) : 1일당 평균 10만원 사용으로 1일당 10만원 적용
 (10만원 X 7일 = 70만원)

· (B질병) : 1일당 평균 30만원 사용으로 1일당 25만원 적용
 (25만원 X 10일 = 250만원)

→ 1차년도 간병인 사용금액 총액 : (A질병) 70만원 + (B질병) 250만원 = 320만원

⇒ **보험가입금액의 7.5% 지급. 1차년도 지급금액 : 15만원**



예시2)

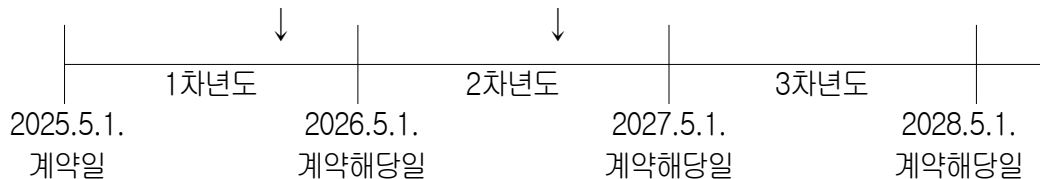
· 보험계약일(보장개시일) : 2025년 5월 1일

A질병	- 입원기간 : 2026년 4월 20일 ~ 5월 19일(30일) - 간병인 사용기간 : 2026년 4월 25일 ~ 5월 14일(20일) - 간병인 사용금액 : 400만원 → 1일당 평균사용금액 20만원이므로 1일당 20만원 적용
B질병	- 입원기간 : 2026년 11월 20일 ~ 12월 19일(30일) - 간병인 사용기간 : 2026년 11월 25일 ~ 12월 14일(20일) - 간병인 사용금액 : 600만원 → 1일당 평균사용금액 30만원이므로 1일당 25만원 적용

입원기간 중 보험년도 변경시 최초입원한 날의 보험년도 간병인 사용금액 총액에 합산함.

- (A질병) : 1일당 평균 20만원 사용으로 1일당 20만원 적용
(20만원 X 20일 = 400만원)
→ 1차년도 간병인 사용금액 총액 : (A질병) 400만원
⇒ **보험가입금액의 7.5% 지급. 1차년도 지급금액 : 15만원**
- (B질병) : 1일당 평균 30만원 사용으로 1일당 25만원 적용
(25만원 X 20일 = 500만원)
→ 2차년도 간병인 사용금액 총액 : (B질병) 500만원
⇒ **보험가입금액의 25% 지급. 2차년도 지급금액 : 50만원**

1차년도 간병인 사용금액에 포함	2차년도 간병인 사용금액에 포함
최초입원한 날	최초입원한 날
2026.4.20.	2026.11.20.
(A질병)	(B질병)



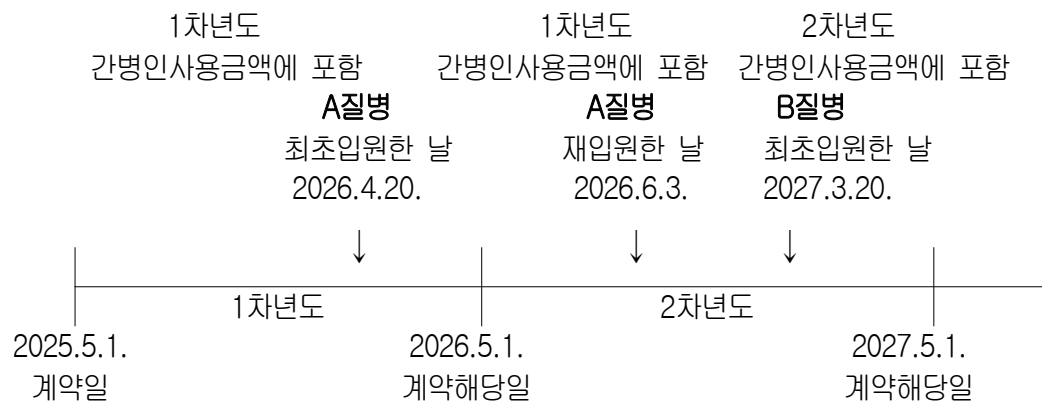
예시3)

- 보험계약일(보장개시일) : 2025년 5월 1일

A질병	- 입원기간 : 2026년 4월 20일 ~ 5월 2일, 2026년 6월 3일 ~ 6월 17일 - 간병인 사용기간 및 간병인 사용금액 : 총 640만원(20일) · 2026년 4월 21일 ~ 4월 28일(8일), 사용금액 400만원 · 2026년 6월 5일 ~ 6월 16일(12일), 사용금액 240만원 → 1일당 평균사용금액이 32만원이므로 1일당 25만원 적용
B질병	- 입원기간 : 2027년 3월 20일 ~ 4월 5일 - 간병인 사용기간 : 2027년 3월 22일 ~ 3월 31일(10일) - 간병인 사용금액 : 300만원 → 1일당 평균사용금액이 30만원이므로 1일당 25만원 적용

같은 질병으로 2회이상 입원시 최초입원한 날 보험년도의 간병인 사용금액 총액에 합산함.

- (A질병) : 1일당 평균사용금액이 32만원이므로 1일당 25만원 적용
(25만원 X 20일 = 500만원)
→ 1차년도 간병인 사용금액 총액 : (A질병) 500만원
⇒ 보험가입금액의 12.5% 지급. 1차년도 지급금액 : 25만원
- (B질병) : 1일당 평균 30만원 사용으로 1일당 25만원 적용
(25만원 X 10일 = 250만원)
→ 2차년도 간병인 사용금액 총액 : (B질병) 250만원
⇒ 보험가입금액의 10% 지급. 2차년도 지급금액 : 20만원



제6조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
- ② 제5조(「연간 간병인 사용금액 총액」의 정의)에도 불구하고 보험수익자가 계약해당일 전일 이전에 보험금을 청구한 경우에는 회사는 해당 보험금 청구일의 「연간 간병인 사용금액 총액」을 기준으로 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다. 다만, 해당 보험금 청구일 이후 「연간 간병인 사용금액 총액」이 변경되어 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금보다 증가한 경우 회사는 그 차액을 보험수익자에게 추가로 지급합니다. 한편, 제1조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금보다 감소한 경우 보험수익자는 그 차액을 회사에 납입하여야 합니다.
- ③ 피보험자가 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 「연간 간병인 사용금액 총액」을 적용합니다.
- ④ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 계속하여 보장합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 제1조(보험금의 지급사유) 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

- ⑥ 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.

제7조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
 6. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 7. 성병
 8. 알코올중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 사유로 생긴 손해에 대하여 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 4. 정상분만, 치과질환
- ③ 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스를 제공받은 경우에는 제1조(보험금의 지급사유) 제1항 제1호의 간병인사용 질병입원지원비(요양병원)(간병인비용연간200만원이상)은 지급하지 않습니다.

제8조(보험금 등의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서, 진단서, 입원치료확인서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서, 의사처방전 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아

닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

③ 제4조(간병인의 정의)에서 정한 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.

1. 간병인 사용기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자의 직인 및 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. 사업자등록증

3. 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는보험수익자에게 간병인, 병원종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.

제9조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

제5장. 상해 및 질병관련 특별약관

1. 보험료납입면제대상보장(장기요양등급진단(1~5등급) 및 상해·질병후유장해(80%이상)) 특별약관

1-1. 보험료납입면제대상보장(장기요양등급진단(1~5등급) 및 상해·질병후유장해(80%이상)) 특별약관

1-2. 보험료납입면제대상보장(장기요양등급진단(1~5등급) 및 상해·질병후유장해(80%이상))(경증간편가입) 특별약관

1-1은 일반심사형으로 운영하며,
1-2는 경증간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 최초 1회에 한하여 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 “1등급 내지 5등급의 장기요양등급” 판정된 경우
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 상해를 입고 그 상해로 「장해분류표」 (【별표1】 참조)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 후유장해상태가 되었을 경우
3. 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 「장해분류표」 (【별표1】 참조)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 후유장해상태가 되었을 경우

구 분	지 급 금 액
보험료납입면제대상보장 (장기요양등급진단(1~5등급) 및 상해·질병후유장해(80%이상))	이 특별약관 보험가입금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 가목에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액을 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액을 차감하고 그 차액을 지급합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)의 제1호 나목에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단 확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단 확

정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해 지급률로 결정합니다. 다만, 「장해분류표」(【별표1】참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

- ③ 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ④ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해 지급률을 적용하지 않습니다.
- ⑤ 같은 상해 또는 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 상해 또는 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해 지급률을 적용받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해 지급률에서 이미 적용된 후유장해 지급률을 차감하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 이 계약에서 후유장해 지급률 적용사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해 지급률이 적용되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해 지급률이 적용된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해 지급률에서 이를 차감하여 적용합니다.
- 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.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 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

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유) 보험료납입면제대상보장(장기요양등급진단(1~5등급) 및 상해·질병후유장해(80%이상)) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적합한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

2. 85세만기확정대상보장(장기요양등급진단(1~5등급) 및 상해·질병후유장해(80%이상)) 특별약관
 - 2-1. 85세만기확정대상보장(장기요양등급진단(1~5등급) 및 상해·질병후유장해(80%이상)) 특별약관
 - 2-2. 85세만기확정대상보장(장기요양등급진단(1~5등급) 및 상해·질병후유장해(80%이상))(경증간편가입) 특별약관

2-1은 일반심사형으로 운영하며,
2-2는 경증간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 최초 1회에 한하여 지급합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 “1등급 내지 5등급의 장기요양등급” 판정된 경우

2. 이 특별약관의 보험기간 중에 상해를 입고 그 상해로 「장해분류표」 (【별표1】 참조)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 후유장해상태가 되었을 경우
3. 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 「장해분류표」 (【별표1】 참조)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 후유장해상태가 되었을 경우

구 분	지 급 금 액
85세만기확정대상보장 (장기요양등급진단(1~5등급) 및 상해·질병후유장해(80%이상))	이 특별약관 보험가입금액

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 가목에 해당하는 질병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 회사는 그 사망일을 진단확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
다만, 회사가 제4조(특별약관의 소멸) 제2항에 따라 이 특별약관의 사망당시 계약자적립액을 지급한 경우에는 이미 지급한 계약자적립액을 차감하고 그 차액을 지급합니다.
- ② 제1조(보험금의 지급사유)의 제1호 나목에서 장해지급률이 상해 발생일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단 확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 「장해분류표」 (【별표1】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단 확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단 확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ④ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해 지급률을 적용하지 않습니다.
- ⑤ 같은 상해 또는 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 상해 또는 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해 지급률을 적용받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해 지급률에서 이미 적용된 후유장해 지급률을 차감하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 이 계약에서 후유장해 지급률 적용사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인

에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해 지급률이 적용되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해 지급률이 적용된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해 지급률에서 이를 차감하여 적용합니다.

- 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.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 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 포함한다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제4조(특별약관의 소멸)

- ① 이 특별약관 제1조(보험금의 지급사유) 85세만기확정대상보장(장기요양등급진단(1~5등급) 및 상해·질병후유장해(80%이상)) 지급사유가 발생한 경우에는 이 특별약관은 소멸되며, 그 때부터 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 계약자적립액을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적절한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

3. 중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상보장(연간1회한) 특별약관

3-1. 중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상보장(연간1회한) 특별약관

3-2. 중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상보장(연간1회한)(경증간편가입) 특별약관

3-1은 일반심사형으로 운영하며,
3-2는 경증간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상보장(연간1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 진단확정 된 질병으로 인해 보험기간 중 「중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상」으로 등록된 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상보장보험금 (연간1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간 1회한)
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액 (연간 1회한)

2. 위 제1호에도 불구하고 계약일로부터 1년 이내에 상해로 인해 「중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상」으로 등록된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 지급하여 드립니다.

제2조(「중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상」의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상」이라 함은 「중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상 분류표」(【별표15】참조)에서 정한 산정특례대상에 해당하는 경우를 말합니다.

본인일부부담금 산정특례 제도

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 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도

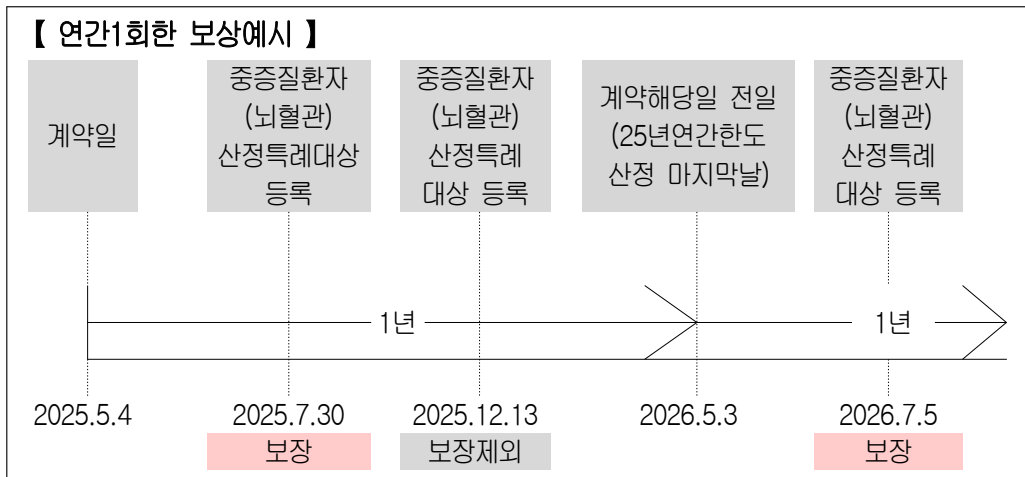
- ② 제1항에도 불구하고, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 개정으로 산정특례적용 기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

중증질환자(뇌혈관) 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간

- 「중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상」에 해당하는 사람은 별도의 등록절차없이 병원측의 요양급여비 청구만으로 산정특례가 적용됩니다.
- 중증질환자(뇌혈관)의 산정특례는 적용기간이 짧은 점을 감안하여 별도의 자격전환 및 산정특례 등록없이 자동등록이 되며, 등록시 최대 30일간 적용이 됩니다. 다만, 뇌혈관 질환 산정특례 기간 동안 재수술시 재수술일로부터 최대30일 추가로 산정특례 적용기간이 늘어납니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상보장보험금은 「중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상」에 해당되어 여러번 등록되더라도 등록 1회당 연간 1회에 한하여 지급합니다.
- ② 제1항에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 산정특례대상 등록일(해당 상병의 산정특례등록을 위하여 최초로 등록한 연, 월,일을 말합니다)로 합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.



- ③ 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 「중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상」 등록이 취소되는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상보장보험금을 지급하지 않습니다
- ④ 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.

제4조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 “국민건강보험법” 및 관련 법령(이하 「법

령」이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당하는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 「중증질환자(뇌혈관) 산정특례」와 관련된 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경 할 수 있습니다.
 - 1. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 등이 폐지되는 경우
 - 2. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제도의 변경으로 「중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상」 신청이 불가능한 경우
 - 3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 "계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등"의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 알려 드립니다.
- ④ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용, 보험가입금액 및 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과 보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을)금액이 발생할 수 있으며, 이를 계약 체결시 계약자에게 안내합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.
- ⑦ 제2항 내지 제6항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액을 지급합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

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 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(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)

2. 사고증명서

산정특례 등록여부를 확인할수 있는 서류(진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명 수가코드 등 기입), 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일 등), 진료비계산서(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 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.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경

과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

4. 중증질환자(심장) 산정특례대상보장(연간1회한) 특별약관

4-1. 중증질환자(심장) 산정특례대상보장(연간1회한) 특별약관

4-2. 중증질환자(심장) 산정특례대상보장(연간1회한)(경증간편가입) 특별약관

4-1은 일반심사형으로 운영하며,
4-2는 경증간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 중증질환자(심장) 산정특례대상보장보험금(연간1회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 진단확정 된 질병으로 인해 보험기간 중 「중증질환자(심장) 산정특례대상」으로 등록된 경우 연간 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
중증질환자(심장) 산정특례대상보장보험금 (연간1회한)	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50% (연간 1회한)
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액 (연간 1회한)

2. 위 제1호에도 불구하고 계약일로부터 1년 이내에 상해로 인해 「중증질환자(심장) 산정특례대상」으로 등록된 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 지급하여 드립니다.

제2조(「중증질환자(심장) 산정특례대상」의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「중증질환자(심장) 산정특례대상」이라 함은 「중증질환자(심장) 산정특례대상 분류표」(【별표16】참조)에서 정한 산정특례대상에 해당하는 경우를 말합니다.

본인일부부담금 산정특례 제도

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 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도

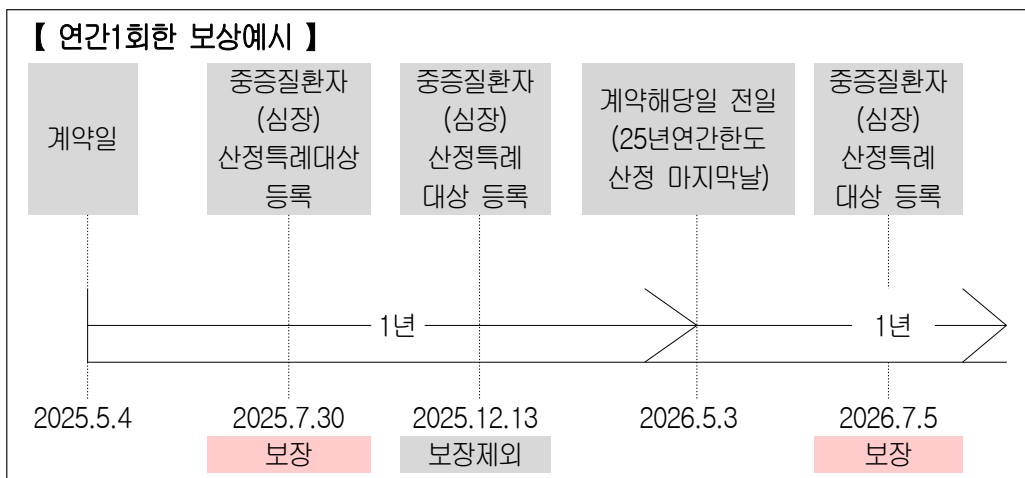
- ② 제1항에도 불구하고, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 개정으로 산정특례적용 기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

중증질환자(심장) 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간

- 「중증질환자(심장) 산정특례대상」에 해당하는 사람은 별도의 등록절차없이 병원측의 요양급여비 청구만으로 산정특례가 적용됩니다.
- 중증질환자(심장)의 산정특례는 적용기간이 짧은 점을 감안하여 별도의 자격전환 및 산정특례 등록없이 자동등록이 되며, 등록시 최대 30일(단, 복잡 선천성 심기형질환자 또는 심장이식수술을 받은 경우 최대 60일)간 적용이 됩니다. 다만, 심장질환 산정특례 기간 동안 재수술시 재수술일로부터 최대30일 추가로 산정특례 적용기간이 늘어납니다.

제3조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)의 중증질환자(심장) 산정특례대상보장보험금은 「중증질환자(심장) 산정특례대상」에 해당되어 여러번 등록되더라도 등록 1회당 연간 1회에 한하여 지급합니다.
- ② 제1항에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 산정특례대상 등록일(해당 상병의 산정특례등록을 위하여 최초로 등록한 연, 월, 일을 말합니다)로 합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.



- ③ 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 「중증질환자

(심장) 산정특례대상」 등록이 취소되는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증질환자(심장) 산정특례대상보장보험금을 지급하지 않습니다

- ④ 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.

제4조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 “국민건강보험법” 및 관련 법령(이하 「법령」이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당하는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 「중증질환자(심장) 산정특례」와 관련된 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경 할 수 있습니다.
1. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 등이 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제도의 변경으로 「중증질환자(심장) 산정특례대상」 신청이 불가능한 경우
 3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 "계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등"의 사유로 금융위원회 의 기초서류 변경 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 알려 드립니다.
- ④ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용, 보험가입금액 및 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과 보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을)금액이 발생할 수 있으며, 이를 계약 체결시 계약자에게 안내합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.
- ⑦ 제2항 내지 제6항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의

‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액을 지급합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

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 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(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), 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일 등), 진료비계산서(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 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.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

5-1. 중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상보장 특별약관

5-1은 일반심사형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상보장보험금 : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 진단확정 된 질병으로 인한 「산정특례대상 중증난치질환(중증치매제외)」을 직접적인 원인으로 「산정특례 신규등록」 되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
중증난치질환자 (중증치매제외) 산정특례대상보장보험금	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

2. 위 제1호에도 불구하고 계약일로부터 1년 이내에 상해로 인한 「산정특례대상 중증난치질환(중증치매제외)」을 직접적인 원인으로 「산정특례 신규등록」 되었을 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 지급하여 드립니다.

제2조(「산정특례대상 중증난치질환자(중증치매제외)」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「산정특례대상 중증난치질환자(중증치매제외)」이라 함은 「중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상 분류표」 (【별표18】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

본인일부부담금 산정특례 제도

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 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도

- ② 「산정특례대상 중증난치질환자(중증치매제외)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 개정으로 산정특례적용 기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

중증난치질환자 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간

- 「중증난치질환자 산정특례대상」에 해당하는 사람은 의사가 중증난치질환으로 확진한 경우 "건강보험 산정특례 등록 신청서"를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다.
- 중증난치질환자 산정특례는 확진된 날로부터 30일(토요일, 공휴일 포함) 이내 공단에 등록 신청한 경우에는 확진일로부터 소급하여 5년간 적용하며, 30일 이후에 신청한 경우에는 신청일로부터 5년간 적용이 됩니다.

제3조(「산정특례 신규등록」의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 "산정특례 신규등록"이라 함은 보험기간 중에 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제7조에 의해 건강보험 산정특례 등록신청서를 국민건강보험공단 또는 요양기관에 제출하여 「중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상 분류표」 (【별표18】 참조)에서 정한 산정특례대상으로 등록된 경우를 말합니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제8조에 의한 산정특례 재등록은 보장에서 제외합니다.

중증난치질환자 산정특례 재등록

「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제8조(산정특례 재등록)
건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 등록한 중증난치질환자가 특례기간 종료시점에 등록된 중증난치질환자의 잔존이 확인되는 경우로서 해당 질환으로 계속 치료중인 경우 산정특례 재등록을 신청할 수 있다.

제4조(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 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상 등록이 취소되는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상보장보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 “국민건강보험법” 및 관련 법령(이하 「법령」이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당하는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 「중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례」와 관련된 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경 할 수 있습니다.
 1. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 등이 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제도의 변경으로 「중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상」 신청이 불가능한 경우
 3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 "계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등"의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 알려 드립니다.
- ④ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용, 보험가입금액 및 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과 보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을)금액이 발생할 수 있으며, 이를 계약 체결시 계약자에게 안내합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.
- ⑦ 제2항 내지 제6항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이

소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액을 지급합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

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 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

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서

산정특례 등록여부를 확인할수 있는 서류(진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례적용기간, 수술명 수가코드 등 기입), 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일 등), 진료비계산서(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 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(특별약관의 소멸)

- ① 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상장해보험금이 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 더이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적용한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

5-2. 중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상장보장(경증간편가입) 특별약관

5-2는 경증간편가입형으로 운영합니다.

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상장보장보험금 : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 질병으로 인한 「산정특례대상 중증난치질환(중증치매제외)」을 직접적인 원인으로 「산정특례 신규등록」 되었을 경우 최초 1회에 한하여 아래의 금액을 지급

구 분	경 과 기 간	지 급 금 액
중증난치질환자 (중증치매제외) 산정특례대상보장보험금	계약일로부터 1년미만 발생시	이 특별약관 보험가입금액의 50%
	계약일로부터 1년이후 발생시	이 특별약관 보험가입금액

2. 위 제1호에도 불구하고 계약일로부터 1년 이내에 상해로 인한 「산정특례대상 중증난치질환(중증치매제외)」을 직접적인 원인으로 「산정특례 신규등록」 되었을 경우에는 이 특별약관의 보험가입금액을 지급하여 드립니다.

제2조(「산정특례대상 중증난치질환자(중증치매제외)」의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 「산정특례대상 중증난치질환자(중증치매제외)」이라 함은 「중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상 분류표」 (【별표18】 참조)에서 정한 질병을 말합니다.

본인일부부담금 산정특례 제도

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 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도

- ② 「산정특례대상 중증난치질환자(중증치매제외)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 개정으로 산정특례적용 기준이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

중증난치질환자 산정특례 등록신청 절차 및 적용기간

- 「중증난치질환자 산정특례대상」에 해당하는 사람은 의사가 중증난치질환으로 확진한 경우 "건강보험 산정특례 등록 신청서"를 작성하여 건강보험공단 지사 또는 요양기관(EDI 대행)에 등록 신청합니다.
- 중증난치질환자 산정특례는 확진된 날로부터 30일(토요일, 공휴일 포함) 이내 공단에 등록 신청한 경우에는 확진일로부터 소급하여 5년간 적용하며, 30일 이후에 신청한 경우에는 신청일로부터 5년간 적용이 됩니다.

제3조(「산정특례 신규등록」의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 "산정특례 신규등록"이라 함은 보험기간 중에 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제7조에 의해 건강보험 산정특례 등록신청서를 국민건강보험공단

또는 요양기관에 제출하여 「중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상 분류표」 (【별표18】 참조)에서 정한 산정특례대상으로 등록된 경우를 말합니다.

- ② 제1항에도 불구하고, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제8조에 의한 산정특례 재등록은 보장에서 제외합니다.

중증난치질환자 산정특례 재등록

「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제8조(산정특례 재등록)

건강보험 산정특례 등록신청서에 따라 등록한 중증난치질환자가 특례기간 종료시점에 등록된 중증난치질환자의 잔존이 확인되는 경우로서 해당 질환으로 계속 치료중인 경우 산정특례 재등록을 신청할 수 있다.

제4조(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 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상 등록이 취소되는 경우에는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상보장보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경)

- ① 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 “국민건강보험법” 및 관련 법령(이하 「법령」이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 판단하는 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당하는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 「중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례」와 관련된 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경 할 수 있습니다.
1. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 등이 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정에 따라 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제도의 변경으로 「중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상」 신청이 불가능한 경우
 3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 "계약자에게 불리한 변경이 있거나 급격한 보험금 지급 증가로 회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있는 등"의 사유로 금융위원회의 기초서류 변경 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 알려 드립니다.
- ④ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용, 보험가입금액 및 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과 보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을)금액이

발생할 수 있으며, 이를 계약 체결시 계약자에게 안내합니다.

- ⑤ 제2항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특별약관은 그 때부터 효력을 가지지 않습니다.
- ⑥ 제5항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경일 전일까지 계약내용의 변경을 원하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특별약관은 변경되어 계속 유지되는 것으로 합니다.
- ⑦ 제2항 내지 제6항에도 불구하고 새로운 보장내용으로 변경하는 것이 불가능하거나 현저히 곤란한 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없으며 회사는 이 특별약관의 효력이 소멸되는 날의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 관련 내용을 계약자에게 2회 이상 알립니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이 특별약관의 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 효력소멸일의 계약자적립액을 지급합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 다만, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증

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 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 발생

한 경우에는 보장합니다)

3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제7조(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), 산정특례 등록 승인이 완료되었음을 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일 등), 진료비계산서(산정특례적용영수증), 진료기록부(검사기록지 포함) 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 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(특별약관의 소멸)

① 회사는 제1조(보험금의 지급사유)에서 정한 중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상보장보험금이 지급된 때에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸되며 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.

② 피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 소멸되며, 더이상 효력을 가지지 않습니다. 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적용한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)는 적용하지 않습니다.

6. 가정간호치료비(급여_연간20회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정

한 보험금을 지급합니다.

1. 가정간호치료비(급여_연간20회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병의 직접적인 결과로써 제2조(「가정간호」 및 「가정간호 대상자」의 정의)의 「가정간호 대상자」에 해당되어 제3조(「가정간호치료(급여)」의 정의)의 「가정간호치료(급여)」를 받은 경우 아래의 금액을 지급

다만, 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 하루에 2회 이상 치료 시에도 1일 1회에 한하여 지급하며, 연간20회를 한도로 지급합니다.

구 분	지 급 금 액
가정간호치료비(급여_연간 20회한)	이 특별약관의 보험가입금액(연간 20회한)

제2조(「가정간호」 및 「가정간호 대상자」의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 「가정간호」라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다.)에 의하여 가정에서 계속적인 치료와 관리가 필요하다고 인정한 경우로서 「의료법」 제33조(개설 등) 및 「의료법 시행규칙」 제24조(가정간호)에 의한 가정전문간호사가 환자 가정을 직접 방문하여 간호 등을 제공하는 제도를 말합니다.
- ② 「가정간호」 대상자는 의료기관에서 입원진료 후 조기 퇴원한 환자와 입원이 요구되는 외래 및 응급실 환자 중 의사가 가정에서 계속적인 치료와 관리가 필요하다고 인정한 경우로서 수술 후 조기퇴원환자, 만성질환자(고혈압, 당뇨, 암 등), 만성폐쇄성호흡기질환자, 산모 및 신생아, 뇌혈관질환자, 기타 의사가 「가정간호」가 필요하다고 인정하는 환자 등(이하 「가정간호 대상자」라 합니다)을 말합니다.

제3조(「가정간호치료(급여)」의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「가정간호치료(급여)」라 함은 진료비세부내역서상 「가정간호치료(급여) 분류표」(【별표19】참조)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 말합니다.
- ② 제1항의 「가정간호치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

제4조(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 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 「가정간호치료(급여)」 의료행위를 받은 날로 합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

- ③ 제1조(보험금의 지급사유)의 가정간호치료비(급여_연간20회한)는 「가정간호치료(급여)」의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 하루에 2회 이상 치료 시 1회에 한하여 지급하며, 연간20회를 한도로 지급합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 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(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 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.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및

해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)은 적용하지 않습니다.

7. 상급종합병원 가정간호치료비(급여_연간20회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 상급종합병원 가정간호치료비(급여_연간20회한) : 이 특별약관의 보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병의 직접적인 결과로써 제2조(「상급종합병원 가정간호」 및 「상급종합병원 가정간호 대상자」의 정의)의 「상급종합병원 가정간호 대상자」에 해당되어 「상급종합병원」에서 제3조(「상급종합병원 가정간호치료(급여)」의 정의)의 「상급종합병원 가정간호치료(급여)」를 받은 경우 아래의 금액을 지급
다만, 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 하루에 2회 이상 치료 시에도 1일 1회에 한하여 지급하며, 연간20회를 한도로 지급합니다.

구 분	지 급 금 액
상급종합병원 가정간호치료비 (급여_연간20회한)	이 특별약관의 보험가입금액 (연간 20회한)

제2조(「상급종합병원 가정간호」 및 「상급종합병원 가정간호 대상자」의 정의)

- ① 이 특별약관에 있어서 「상급종합병원 가정간호」라 함은 「상급종합병원」에 소속된 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다.)에 의하여 가정에서 계속적인 치료와 관리가 필요하다고 인정한 경우로서 「의료법」 제33조(개설 등) 및 「의료법 시행규칙」 제24조(가정간호)에 의한 가정전문간호사가 환자 가정을 직접 방문하여 간호 등을 제공하는 제도를 말합니다.
- ② 「상급종합병원 가정간호」 대상자는 「상급종합병원」에서 입원진료 후 조기 퇴원한 환자와 입원이 요구되는 외래 및 응급실 환자 중 의사가 가정에서 계속적인 치료와 관리가 필요하다고 인정한 경우로서 수술 후 조기퇴원환자, 만성질환자(고혈압, 당뇨, 암 등), 만성폐쇄성호흡기질환자, 산모 및 신생아, 뇌혈관질환자, 기타 의사가 「상급종합병원 가정간호」가 필요하다고 인정하는 환자 등(이하 「상급종합병원 가정간호 대상자」라

합니다)을 말합니다.

- ③ 이 특별약관에서 「상급종합병원」이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 정한 상급종합병원을 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 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 평가업무를 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제3조(「상급종합병원 가정간호치료(급여)」의 정의)

- ① 이 특별약관에서 「상급종합병원 가정간호치료(급여)」라 함은 진료비세부내역서상 「상급종합병원 가정간호치료(급여) 분류표」(【별표20】참조)에서 정한 「수가코드」에 해당하는 의료행위를 말합니다.
- ② 제1항의 「상급종합병원 가정간호치료(급여)」는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.

제4조(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 이 특별약관에서 「연간」이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 한도 산정의 기준일자는 「상급종합병원 가정간호치료(급여)」 의료행위를 받은 날로 합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

- ③ 제1조(보험금의 지급사유)의 상급종합병원 가정간호치료비(급여_연간20회한)는 「상급종합병원 가정간호치료(급여)」의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 하루에 2회 이상 치료 시 1회에 한하여 지급하며, 연간20회를 한도로 지급합니다.
- ④ 피보험자가 「상급종합병원」 이외의 병원에 가정간호치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」에 지정된 경우 상급종합병원 적용일부터 상급종합병원 가정간호치료비(급여_연간20회한)를 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 「상급종합병원」에 가정간호치료를 받던 중 해당병원이 「상급종합병원」의 지정이 취소된 경우 「상급종합병원」의 지정 취소 적용일 전일까지의 가정간호치료에 대하여 상급종합병원 가정간호치료비(급여_연간20회한)를 지급합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 - 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 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 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 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(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 - 1. 청구서(회사양식)
 - 2. 사고증명서(진료비세부내역서(「건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)」 필수 기재), 진단서, 진료기록부(검사기록지, 수술기록지 포함), 수술확인서 등)
 - 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 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.

제7조(특별약관의 소멸)

피보험자가 사망(보통약관 제27조(보통약관 계약의 소멸) 제3항의 경우를 포함합니다)한 경우 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않으며, 이 경우 회사는 그 때까지 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 적립한 사망당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다. 다만 이 특별약관에서는 보통약관에서 정한 제10조(중도인출) 및 제12조(만기환급금의 지급)은 적용하지 않습니다.

제6장. 제도성 특별약관

1. 선지급서비스 특별약관

제1조(적용대상)

- ① 이 선지급서비스 특별약관(이하 “특별약관”이라 합니다.)을 추가하는 보통약관은 계약자와 피보험자가 동일한 보험계약이어야 합니다.
- ② 이 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간이 끝나는 날의 12개월 이전까지로 합니다.
- ③ 보통약관에 사망보험금을 지급하는 특별약관(이하 “사망보장 특별약관”이라 합니다.)이 추가되어 있는 경우에도 이 특별약관을 적용합니다.

제2조(지급사유)

- ① 회사는 특별약관의 보험기간 중 의료법 제3조에 정한 국내의 종합병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 전문의 자격증을 가진 자가 실시한 진단결과 피보험자의 남은 생존기간이 6개월 이내라고 판단한 경우에 회사의 신청서에 정한 바에 따라 사망보장 특별약관에서 정한 사망보험금의 50%를 선지급사망보험금(이하 “보험금”이라 합니다)으로 피보험자에게 지급합니다.
- ② 이 특별약관의 보험금을 지급하였을 때에는 지급한 보험금액에 해당하는 사망보장 특별약관의 보험가입금액이 지급일에 감액된 것으로 봅니다. 다만, 그 감액부분에 해당하는 해약환급금이 있어도 이를 지급하지 않습니다. 이 경우 이 특별약관의 보험금 지급일 이후 사망보장 특별약관에서 정한 사망보험금의 청구를 받아도 이 특별약관에 의하여 지급된 보험금액에 해당하는 사망보험금은 지급하지 않습니다.
- ③ 이 특별약관의 보험금이 지급되기 전에 사망보장 특별약관에서 정한 사망보험금의 청구를 받았을 경우 이 특별약관의 보험금 청구가 있어도 이를 없었던 것으로 보아 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 사망보장 특별약관에서 정한 사망보험금이 지급된 때에는 그 이후 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑤ 이 특별약관의 보험금 지급에 있어서는 회사가 정하는 바에 따라 남은 생존기간 상당분의 이자 및 보험료를, 또 보통약관에 보험계약대출금이 있는 경우에는 그 원리금 합계를 뺀 금액을 지급합니다.
- ⑥ 이 특별약관의 보험금을 지급할 때 보험금액의 계산은 보험금을 지급하는 날의 사망보장 특별약관의 사망보험금액을 기준으로 합니다.

제3조(보험금의 지정대리 청구인)

- ① 계약자가 이 특별약관의 보험금을 계약자가 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경

우를 대비하여 계약체결시 또는 계약체결 이후 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 자 중 2인이내에서 보험금의 대리청구인(이하, “지정대리청구인”이라 합니다)을 지정할 수 있으며, 2인을 지정대리청구인으로 지정시 대표대리인을 지정해야 합니다. 또한, 지정대리청구인은 제3항에 의한 변경지정 또는 보험금 청구시에도 다음 각호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.

1. 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상 배우자
 2. 피보험자의 3촌 이내 친족
- ② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 이 특별약관의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.
- ③ 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 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
- ④ 지정대리청구인은 제6항에서 정한 구비서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 이 특별약관의 보험수익자 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.
- ⑤ 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서
 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증)
 4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
 5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제4조(보험금을 지급하지 않는 보험사고)

계약자 또는 지정대리청구인의 고의에 의하여 피보험자가 제2조(지급사유) 제1항에 해당된 경우에는 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.

제5조(특별약관의 보험료)

이 특별약관의 보험료는 없습니다.

제6조(보험금의 지급)

- ① 회사는 제3조(보험금의 지정대리 청구인) 제6항의 보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 이 특별약관의 보험금을 드립니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우 접수 후 10영업일 이내에 드립니다.
- ② 제1항의 규정에 따라 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우 보험계약자가 회사로부터의 사실 조회에 대하여 정당한 사유없이 회답 또는 동의를 거부한 때에는, 그 회답 또는 동의를 얻어 사실 확인이 끝날 때까지 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다. 또한, 회사가 지정한 의사에 의한 피보험자의 진단을 요구한 경우에도 진단을 받지 않은 때에는 진단을 받고 사실 확인이 끝날 때 까지 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않습니다.
- ③ 회사는 제1항의 규정에 의한 지급기일내에 이 특별약관의 보험금을 지급하지 않은 때에는 그 지급기일의 다음날로부터 지급일까지의 기간에 대하여 이 보험의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 드립니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 사망보장 특별약관을 따릅니다.

2. 보험료 자동납입 특별약관

제1조(보험료의 납입)

- ① 계약자는 이 특별약관에 따라 계약자의 거래은행(우체국을 포함합니다. 이하 같습니다) 지정계좌를 이용하여 보험료를 자동납입합니다.
- ② 제1항에 의하여 제1회 보험료의 납입방법을 계약자의 거래은행 지정계좌를 통한 자동납입으로 가입하고자 하는 경우에, 회사는 청약서를 접수하고 자동이체신청에 필요한 정보를 제공한 때(다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 거래은행의 지정계좌로부터 제1회 보험료가 이체된 날을 기준으로 합니다.)를 청약일 및 제1회 보험료 납입일로 하여 보통약관 제21조(보험계약의 성립)의 규정을 적용합니다.

제2조(보험료의 영수)

자동납입일자는 이 보험계약청약서에 기재된 보험료납입 해당일에도 불구하고 회사와 계약자가 별도로 약정한 일자로 합니다.

제3조(계약후 알릴의무)

계약자는 지정계좌의 번호가 변경 또는 거래 정지된 경우에는 그 사실을 즉시 회사에 알려야 합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

3. 이륜자동차 운전중(탑승포함)상해 부담보 특별약관

제1조(계약의 체결 및 효력)

- ① 이 특별약관은 보험계약(보통약관 및 다른 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 “보험계약”이라 합니다)을 체결할 때 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)의 청약과 회사의 승낙으로 보통약관에 부가하여 이루어집니다.
- ② 이 특별약관에 대한 회사의 보장개시일(책임개시일)은 보통약관 제30조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일(책임개시일)과 동일합니다.
- ③ 이 특별약관은 피보험자가 이륜자동차를 소유, 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외), 관리하는 경우에 한하여 부가하여 이루어집니다.
- ④ 보험계약이 해지, 기타사유에 의하여 효력이 없게된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력이 없습니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 보험계약의 내용에도 불구하고 보험증권에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 이륜자동차를 운전(“탑승”을 포함합니다. 이하 같습니다)하는 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 상해사고를 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 피보험자가 이륜자동차를 직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등의 목적으로 주로 운전하는 사실을 회사가 입증하지 못한 때에는 보험금을 지급합니다.
- ② 제1항의 이륜자동차라 함은 자동차관리법(하위법령, 규칙 포함)에 정한 이륜자동차로 총배기량 또는 정격출력의 크기와 관계없이 1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 이륜의 자동차 및 그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차를 말하며, 도로교통법(하위 법령, 규칙 포함)에 정한 ‘원동기장치자전거’를 포함합니다.

용어풀이

개인형이동장치(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등을 포함하며, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다.)는 자동차관리법에서 정한 ‘이륜자동차’, 도로교통법에서 정한 ‘원동기장치자전거’에 포함됩니다.

- ③ 제2항에서 ‘그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차’는 다음 각 호에 해당하는 자동차를 포

함합니다.

1. 이론인 자동차에 축차를 붙인 자동차
 2. 내연기관을 이용한 동력발생장치를 사용하고 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 냉각방식 등이 이론자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차
 3. 전동기를 이용한 동력발생장치를 사용하는 삼륜 또는 사륜의 자동차
- ④ 제2항 및 제3항에서 자동차관리법(하위 법령, 규칙포함) 및 도로교통법(하위 법령, 규칙포함) 변경시 변경된 내용을 적용합니다.
- ⑤ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우 그 사고가 이론자동차를 운전하는 도중에 발생한 사고인가 아닌가는 계약자 또는 피보험자가 거주하는 관할경찰서에서 발생한 사고처리확인원 등으로 결정합니다.

제3조(해지된 특약의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 보험계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 및 제35조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))에 따라 보험계약과 동시에 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

4. 특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관

제1조(특별약관의 체결 및 효력)

- ① 이 특별약관은 보험계약(특별약관이 부가된 경우에는 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다.)을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 보험회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 또는 보험계약을 체결한 후 계약전 알릴 의무 위반의 효과 등으로 보장을 제한할 경우 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.
- 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 특정 질병으로 제한하며, 부담보 설정 범위 및 사유를 계약자에게 설명하여 드립니다.

계약사정기준

‘계약사정기준’이란 피보험자의 건강상태, 위험의 종류 등을 판별하고 이에 따라 인수여부를 결정하는 기준을 말합니다.

- ③ 이 특별약관의 효력발생일은 보통약관 제30조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일과 동일합니다.
- ④ 보험계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 기본계약 및 특별약관에서 정한 보장 개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각 호의 경우에는 계약을 무효로 하지 않습니다.
 - 1. 이 특별약관 제2조(특별면책조건의 내용) 제2항 제1호에서 정한 특정부위에 발생한 질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정부위에 질병이 발생한 경우
 - 2. 이 특별약관 제2조(특별면책조건의 내용) 제2항 제2호에서 정한 특정질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제2조(특별면책조건의 내용)

- ① 보험계약에 이 특별약관을 부가할 때 피보험자의 건강상태에 따라서 제2항 제1호 및 제2호의 조건을 부가합니다.
- ② 이 특별약관에서 정한 면책기간 중에 다음 각 호의 질병을 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생하는 경우 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 보험금 납입면제 사유가 발생한 경우에도 회사는 보험료 납입면제를 하지 않습니다. 다만, 질병으로 인한 사망 또는 80%이상 후유장애로 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 예외로 합니다.
 - 1. 「특정 신체부위 분류표」 (【별표21】 참조) 중에서 회사가 지정한 부위(이하 “특정부위”라 합니다.)에 발생한 질병 또는 특정부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병(단, 전이는 합병증으로 보지 않습니다)
 - 2. 「특정질병 분류표」 (【별표22】 참조) 중에서 회사가 지정한 질병(이하 “특정질병”이라 합니다)
- ③ 제2항의 면책기간(이하 「부담보 기간」이라 합니다)은 특정부위 또는 특정질병의 상태에 따라 「1개월부터 5년」 또는 「보험계약의 보험기간」으로 하며 그 판단기준은 회사에서 정한 계약사정기준을 따릅니다. 다만, 보험 계약 청약일 이후 5년을 지나는 동안 제2항 제1호 또는 제2호의 질병으로 인하여 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료를 받은 사실이 없을 경우 보험계약 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 보장하여 드리며, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라 다르게 적용할 수 있습니다.
- ④ 제3항에도 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 기간」을 적용하고, 유사계약에서 정한 질병과 동일하거나 축소된 범위로 계약의 부담보 설정 범위를 정하며, 유사계약이 다수인 경우 피보험자에게 가장 유리한 계약조건을 적용합니다. 단, 유사계약 청약일 이후 제2항 제1호 또는 제2호에서 정한 질병과 관련한 새로운 위험(추가진단·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.

- ⑤ 제3항에서 회사가 「부담보 기간」을 「보험계약의 보험기간」으로 적용한 경우 보험계약 청약일부터 5년 이내에 제2항 제1호 또는 제2호에서 정한 질병으로 인하여 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료를 받지 않은 경우에는 보험계약 청약일부터 5년이 경과한 이후에는 이 특별약관을 적용하지 않습니다. 단, 계약 청약일 현재 「부담보 기간」을 「보험계약의 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 제2항 제1호 또는 제2호에서 정한 질병으로 추가진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료를 받지 않은 경우에는 계약의 청약일은 유사계약의 청약일로 봅니다.
- ⑥ 제5항의 추가 진단(단순 건강검진 제외) 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 제2항의 규정에도 불구하고 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 - 1. 제2항 제1호에서 지정한 특정부위에 발생한 질병의 합병증으로 인하여 특정부위 이외의 부위에 발생한 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
 - 2. 제2항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인해 발생한 특정질병 이외의 질병으로 보험계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
- ⑧ 피보험자가 회사에서 정한 면책기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 면책기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.
- ⑨ 피보험자에게 보험사고가 발생한 경우, 그 사고가 특정질병 또는 특정부위를 직접적인 원인으로 발생한 사고인지 아닌지는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.
- ⑩ 제2항의 특정부위와 특정질병은 합산하여 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 보통약관 제34조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관(특별약관이 부가된 경우에는 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다.)의 규정을 따릅니다.

5. 장애인전용보험 전환 특별약관

제1조(특별약관의 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 제2호」에 따라 보험료가 특별세액공제의 대상이 되는 보험

소득세법 제59조의4(특별세액공제)

- ① 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 보험료별로 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 제118조의4(보험료의 세액공제)

- ① 법 제59조의4제1항제1호에서 “대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료”란 제2항 각 호에 해당하는 보험·공제로서 보험·공제 계약 또는 보험료·공제료 납입영수증에 장애인전용 보험·공제로 표시된 보험·공제의 보험료·공제료를 말한다.
- ② 법 제59조의4제1항제2호에서 “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 제61조의3(공제대상보험료의 범위)

영 제118조의4제2항 각 호 외의 부분에서 "기획재정부령으로 정하는 것"이란 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험으로서 보험계약 또는 보험료납입 영수증에 보험료 공제대상임이 표시된 보험의 보험료를 말한다.

2. 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자가 「소득세법 시행령 제107조(장애인의 범위) 제1항」에서 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 유사한 사람으로서 근로능력이 없는 사람
3. 제1호 및 제2호 외에 항시 치료를 요하는 중증환자

소득세법 시행규칙 제54조(장애아동의 범위)

영 제107조제1항제1호에서 "기획재정부령으로 정하는 사람"이란 「장애아동 복지지원법」 제21조제1항에 따른 발달재활서비스를 지원받고 있는 사람을 말한다.

【 이 특별약관을 적용할 수 없는 사례 예시 】

1. 전환대상계약의 피보험자 1인은 비장애인이고 보험수익자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우
⇒ 모든 보험수익자가 장애인이 아니므로 이 특별약관을 적용할 수 없습니다.
 2. 전환대상계약의 보험수익자 1인은 비장애인이고 피보험자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우
⇒ 모든 피보험자가 장애인이 아니므로 이 특별약관을 적용할 수 없습니다.
 3. 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 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료된 경우에는 제3조 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(특별약관의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조

건에 해당함을 회사에 알려야 합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따른 상이자의 증명을 받은 사람 또는 「장애인복지법」에 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 제1항 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 제1호」에 해당하는 장애인전용보험으로 전환하여 드립니다.
- ② 제1항에 따라 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 후부터 납입된 전환대상계약 보험료는 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시됩니다.

설 명

2025년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2025년 6월 1일에 이 특별약관을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 경우, 이 특별약관을 청약하기 전(2025년 1월 15일~ 2025년 5월 31일)에 납입된 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않고 특별세액공제 대상에 포함되지 않으며, 장애인전용보험으로 전환된 이후(2025년 6월 1일~2025년 12월 31일) 납입된 보험료만 2025년 특별세액공제 대상이 됩니다.

- ③ 제2항에도 불구하고, 「전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해년도에 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소하는 경우」에는 당해년도에 납입한 모든 전환대상계약보험료가 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시되지 않습니다. 다만, 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 제1조(특별약관의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

설 명

2025년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2025년 6월 1일에 이 특별약관을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환되었으나 2025년 12월 1일에 전환을 취소한 경우, 이 전환대상계약에 납입된 모든 보험료는 당해년도 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(특별약관의 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(특별약관의 적용 범위) 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 보통약관(특별약관이 부가된 경우에는 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다.), 소득세법 등 관련법규에서 정하는 바에 따릅니다.
- ② 소득세법 등 관련법규가 제·개정 또는 폐지되는 경우 변경된 법령을 따릅니다.

6. 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 효력)

- ① 이 특별약관은 보험계약(보통약관 및 다른 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 “보험계약”이라 합니다)을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보통약관에 부가하여 이루어집니다.
- ② 이 특별약관을 통하여 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 계약을 청약할 수 있으며, 이 경우 보통약관 제23조(약관 교부 및 설명의무 등) 제3항에도 불구하고 전자서명은 자필서명과 동일한 효력을 갖는 것으로 합니다.

제3조(약관교부의 특례)

- ① 계약자가 동의하는 경우 상품설명서, 보험약관 및 계약자 보관용 청약서 등(보험증권은 제외하며, 이하 “보험계약 안내자료”라 합니다)을 광기록매체(CD, DVD 등) 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 계약자에

게 드립니다.

제4조(계약자의 알릴의무)

- ① 계약자가 제3조(약관교부의 특례) 제1항에 정한 방법으로 보험계약 안내자료를 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 않는 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.

7. 갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관

제1조(적용대상)

이 특별약관은 아래에 해당하는 특별약관(이하 「갱신형 보장특약」이라 합니다)에 적용됩니다.

갱신형 보장특약

- 표적치매약물허가치료비(최경증치매·경증알츠하이머치매)(갱신형_5년)
- 표적치매약물허가치료비(최경증치매·경증알츠하이머치매)(갱신형_5년)(간편가입)
- 표적치매약물허가치료비(최경증치매·경증알츠하이머치매)(치료당, 36회한)(갱신형_5년)
- 표적치매약물허가치료비(최경증치매·경증알츠하이머치매)(치료당, 36회한)(갱신형_5년)(간편가입)

제2조(갱신형 보장특약의 자동갱신)

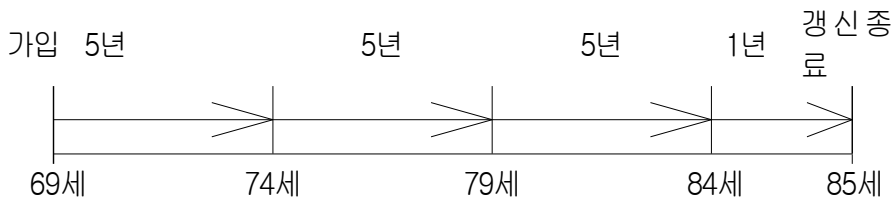
- ① 갱신형 보장특약 중 최초계약의 보험기간은 5년으로 하며, 갱신계약의 보험기간은 갱신 전 계약의 보험기간으로 합니다. 다만, 갱신시점의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료 나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료나이를 말합니다)까지의 기간이 최초계약의 보험기간 미만일 경우에는 그 잔여기간을 보험기간으로 합니다.

갱신시 보험기간 예시

(예시1) 69세 피보험자가 5년만기로 85세까지 갱신하는 경우

갱신시점 나이 : 74세, 79세, 84세

- 84세에서는 갱신종료나이까지의 잔여기간에 해당하는 1년 만기로 운용



② 갱신형 보장특약이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 갱신형 보장특약의 만기일의 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 갱신형 보장특약(이하 “갱신전 보장특약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 갱신형 보장특약의 만기일(이하 “갱신일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

1. 갱신된 갱신형 보장특약(이하 “갱신후 보장특약”이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간내일 것
2. 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위내일 것
3. 갱신전 보장특약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

③ 제1항에도 불구하고 아래에 해당하는 특별약관은 갱신시점에서 (갱신종료나이-1)세까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간보다 짧은 경우에는 (갱신종료나이-1)세까지의 잔여보험기간으로 갱신하며, 갱신시점 나이가 (갱신종료나이-1)세인 경우에는 1년을 보험기간으로 하여 갱신합니다. 그 외는 제1항에서 정한 사항을 따릅니다.

제3조(갱신계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

- ① 계약자가 갱신전 보장특약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사가 정하는 14일 이상의 기간을 납입유예기간으로 하며, 이 납입유예내에 연체 보험료를 납입하지 않는 경우에는 납입유예기간이 끝나는 날의 다음날 해당 보장특약은 해제됩니다.
- ② 납입유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 갱신후 보장특약에 따라 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신후 보장특약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제4조(갱신형 보장특약 보험료의 납입방법)

- ① 계약자는 갱신형 보장의 보험료를 보험기간 동안 계속 납입하여야 합니다.
- ② 계약자가 이 특별약관의 보험료를 납입하지 않는 경우 보통약관 제33조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이 납입최고(독촉)기간 안에 부족한 보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 계약을 해지합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대

하여 회사는 약정한 보험금을 지급하여 드리며 이 경우 계약자는 즉시 부족한 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않은 경우 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제5조(자동갱신 적용)

- ① 회사는 제2조(갱신형 보장특약의 자동갱신)에 의하여 갱신형 보장특약이 갱신되는 경우 보험약관은 가입시점의 약관을 적용하며(단, 법령의 개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 약관개정으로 인하여 약관이 변경된 경우에는 갱신일 현재의 약관을 적용합니다), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
- ② 회사는 갱신후계약 보험료에 대하여 갱신형 보장특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 안내합니다.
- ③ 회사는 제1항의 약관이 변경되는 경우 변경내역, 자동갱신 의사를 확인하는 내용 등을 갱신형 보장특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 2회이상 계약자에게 서면(우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서, 휴대전화 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 안내합니다.
- ④ 회사는 계약자의 자동갱신 의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 자동갱신 의사가 확인되는 경우 변경 전 계약의 만기일의 다음날(이하 「갱신일」)에 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자가 자동갱신을 원하지 않는 경우에는 갱신일에 변경 전 계약은 만료됩니다.
- ⑤ 회사가 제4항에 따른 계약자의 자동갱신 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자는 갱신일 현재의 약관 등에 대해 90일 이내에 그 계약을 취소할 수 있습니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

8. 보장보험료 납입면제 특별약관

제1조(특별약관의 체결 및 효력)

- ① 이 특별약관은 보험계약을 체결할 때 보험계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보험계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 이 특별약관의 효력발생일은 보통약관 제30조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서

정한 보장개시일과 동일합니다.

- ③ 보험계약이 해지, 기타사유에 의하여 효력을 갖지 않게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 갖지 않습니다.

제2조(보장보험료의 납입면제 사유)

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 경우에 해당되는 사유가 발생하고 계약이 소멸되지 않은 경우에는 차회 이후 보장보험료의 납입을 면제합니다.

1. 이 특별약관의 보험기간 중에 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 “1등급 내지 5등급의 장기요양등급” 판정된 경우
2. 이 특별약관의 보험기간 중에 상해를 입고 그 상해로 「장해분류표」 (【별표1】 참조)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 후유장해상태가 되었을 경우
3. 이 특별약관의 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 「장해분류표」 (【별표1】 참조)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 후유장해상태가 되었을 경우

제3조(보장보험료 납입면제에 관한 세부규정)

- ① 제2조(보장보험료의 납입면제 사유)에도 불구하고 「제6장 제도성 특별약관 7. 갱신형보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관」 제1조(적용대상)에서 정한 「갱신형 보장특약」의 보험료는 납입면제 되지 않습니다.
- ② 제2조(보장보험료의 납입면제 사유) 제2호에서 정한 일반상해후유장해(80%이상)로 인한 보장보험료 납입면제에 관한 세부규정은 다음 각 호에서 정한 사항을 따릅니다.
 1. 제2조(보장보험료의 납입면제 사유) 제2호에서 장해지급률이 상해 발생일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 「장해분류표」에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
 2. 제1호에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장보험료 납입면제를 받을 수 있는 기간에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하며, 계약의 효력이 없어진 경우에는 다음 각 목의 기간 중에 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
 - 가. 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일로부터 2년 이내
 - 나. 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일로부터 1년 이내
 3. 「장해분류표」에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 「장해분류표」의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다. 다만, 「장해분류표」의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해로 인정하지 않습니다.
 4. 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 「장해분류표」의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
 5. 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해 지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 장해지급률이 결정

된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 장애지급률에서 이미 결정된 장애지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, 「장애분류표」의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

6. 이미 이 계약에서 보장보험료 납입면제 사유에 해당되지 않았거나(납입면제 보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장애를 포함합니다), 보장보험료 납입면제가 적용되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제5호에 규정하는 후유장애상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장애에 대한 후유장애지급률이 결정된 것으로 보고 최종 후유장애 상태에 해당되는 후유장애지급률에서 이를 차감하여 결정합니다.

③ 제2조(보장보험료의 납입면제 사유) 제3호에서 정한 질병후유장애(80%이상)으로 인한 보장보험료 납입면제에 관한 세부규정은 다음 각 호에서 정한 사항을 따릅니다.

1. 제2조(보장보험료의 납입면제 사유) 제3호에서 장애지급률이 질병의 진단 확정일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단 확정일로부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 「장애분류표」에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
2. 제1호에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장보험료 납입면제를 받을 수 있는 기간에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정하며, 계약의 효력이 없어진 경우에는 다음 각 목의 기간 중에 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
 - 가. 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내
 - 나. 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년 이내
3. 「장애분류표」에 해당되지 않는 후유장애는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 「장애분류표」의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다. 다만, 「장애분류표」의 각 장애분류별 최저 지급률 장애정도에 이르지 않는 후유장애에 대하여는 후유장애로 인정하지 않습니다.
4. 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장애가 생긴 경우에는 후유장애 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 「장애분류표」의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
5. 다른 질병으로 인하여 후유장애가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장애 지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장애가 이미 장애지급률이 결정된 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 장애지급률에서 이미 결정된 장애지급률을 차감하여 결정합니다. 다만, 「장애분류표」의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
6. 이미 이 계약에서 보장보험료 납입면제 사유에 해당되지 않았거나(납입면제 보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장애를 포함합니다), 보장보험료 납입면제가 적용되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제5호에 규정하는 후유장애상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장애에 대한 후유장애지급률이 결정된 것으로 보고 최종 후유장애 상태에 해당되는 후유장애지급률에서 이를 차감하여 결정합니다.

- ④ 제2조(보장보험료의 납입면제 사유)에도 불구하고 「제6장 제도성 특별약관 4. 특정신체 부위·질병 보장제한부 인수 특별약관」에서 정한 면책기간 중에 특별면책 조건에 해당하는 사유로 제2조(보장보험료의 납입면제 사유)의 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험료 납입면제를 적용하지 않습니다.
- ⑤ 제2조(보장보험료의 납입면제 사유)에도 불구하고 보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 하며, 납입하지 않은 경우 보통약관 제33조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의해 해지될 수 있습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제2조(보장보험료의 납입면제 사유)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(보장보험료를 납입면제하지 않는 사유)

- ① 이 특별약관의 보장보험료를 납입면제하지 않는 사유는 보통약관 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)를 따릅니다.
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 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

제5조(특별약관 내용의 변경)

이 특별약관의 내용의 변경은 보통약관 제25조(계약내용의 변경 등)을 따릅니다. 다만, 최초계약시를 제외하고는 이 특별약관을 추가할 수 없습니다.

제6조(특별약관의 해지)

보통약관 제36조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) 제1항에도 불구하고 이 특별약관은 해지할 수 없습니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

별 표

【별표1】 장애 분류표

【 총 칙 】

1. 장애의 정의

- 1) 『장애』라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장애에 포함되지 않는다.
- 2) 『영구적』이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복할 가망이 없는 상태로써 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 말한다.
- 3) 『치유된 후』라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
- 4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당장애 지급률의 20%를 장애지급률로 한다.
- 5) 위 4)에 따라 장애지급률이 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 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정한다.

2. 신체부위

『신체부위』라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉복부 장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌우의 눈, 귀, 팔, 다리, 손가락, 발가락은 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 장애의 판정

- 1) 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장애로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
- 3) 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그 중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 지급

률을 합산한 지급률과 최초 장애의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용한다.

- 4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장애의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항상 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.
- 5) 장애인단서에는 ① 장애인단명 및 발생시기 ② 장애의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장애의 경우 ① 개호(장애로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것)여부 ② 객관적 이유 및 개호(간병)의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

【 장애분류별 판정기준 】

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 두 눈이 멀었을 때	100
2) 한 눈이 멀었을 때	50
3) 한 눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때	35
4) 한 눈의 교정시력이 0.06 이하로 된 때	25
5) 한 눈의 교정시력이 0.1 이하로 된 때	15
6) 한 눈의 교정시력이 0.2 이하로 된 때	5
7) 한 눈의 안구(눈동자)에 뚜렷한 운동장애나 뚜렷한 조절기능장애를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야장애를 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 시력장애의 경우 공인된 시력검사표에 따라 최소 3회 이상 측정한다.
- 2) 『교정시력』이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막 이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.
- 3) 『한 눈이 멀었을 때』라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(『광각무』) 겨우 가릴 수 있는 경우(『광각유』)를 말한다.
- 4) 『한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때』라 함은 안전수동 (Hand Movement)^{주1)}, 안전수지 (Finger Counting)^{주2)} 상태를 포함한다.

- ※주1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임
을 식별할 수 있을 정도의 시력상태
- 주2) 안전수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞
30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태
- 5) 안구(눈동자) 운동장애의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그
장애 정도를 평가한다.
- 6) 『안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장애』라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경
우를 말한다.
- ① 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있
는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우
- ② 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우
- 7) 『안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장애』라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된
경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장애진단시 연령
기준)의 경우에는 제외한다.
- 8) 『뚜렷한 시야 장애』라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제
한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장
해 평가 시 자동시야검사계(골드만 심야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정
상범위와 비교하여 평가한다.
- 9) 『눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때』라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때
각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.
- 10) 『눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때』라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮
거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
- 11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이
가산된다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요물(凹液) 등으로 의안마저 끼워
넣을 수 없는 상태이면 『뚜렷한 추상(추한 모습)』으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는
상태이면 『약간의 추상(추한 모습)』으로 지급률을 가산한다.
- 12) 『눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때』에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장애를
포함하여 장애를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장애를 가산하지 않는다. 다
만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장애평가 방법 중 피보험자에 유리한 것을
적용한다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장애를 남긴 때	45
3) 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한 귀의 청력에 심한 장애를 남긴 때	15

5) 한 귀의 청력에 약간의 장애를 남긴 때	5
6) 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 때	10
7) 평형기능에 장애를 남긴 때	10

나. 장애판정기준

- 1) 청력장애는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB: decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 $\pm 10\text{dB}$ 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장애 상태를 재평가하여야 한다.
- 2) 『한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때』라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말한다.
- 3) 『심한 장애를 남긴 때』라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰 소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 4) 『약간의 장애를 남긴 때』라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않는 경우, 만 3세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 『언어 청력검사, 임피던스 청력검사, 청성뇌간반응검사(ABR), 이음향방사검사』 등을 추가 실시 후 장애를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

- 1) 『귓바퀴의 대부분이 결손된 때』라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2이상 결손된 경우를 말한다.
- 2) 귓바퀴의 연골부가 1/2 미만 결손이고 청력에 이상이 없으면 외모의 추상(추한 모습) 장애로만 평가한다.

라. 평형기능의 장애

- 1) 『평형기능에 장애를 남긴 때』라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장애 평가항목별 합산점수가 30점 이상인 경우를 말한다.

항목	내 용	점수
검사 소견	양측 전정기능 소실	14
	양측 전정기능 감소	10
	일측 전정기능 소실	4
치료 병력	장기 통원치료(1년간 12회 이상)	6
	장기 통원치료(1년간 6회 이상)	4
	단기 통원치료(6개월간 6회 이상)	2
	단기 통원치료(6개월간 6회 미만)	0

기능 장애 소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸다가 쓰러지는 경우	20
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

2) 평형기능의 장애는 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장애가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장애상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.

- ① 뇌영상검사(CT, MRI)
- ② 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때	15
2) 코의 후각기능을 완전히 잃었을 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 『코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때』라 함은 일상생활에서 구강호흡의 보조를 받지 않는 상태에서 코로 숨쉬는 것만으로 정상적인 호흡을 할 수 없다는 것이 비강통기도검사 등 의학적으로 인정된 검사로 확인되는 경우를 말한다.
- 2) 『코의 후각기능을 완전히 잃었을 때』라 함은 후각신경의 손상으로 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장애의 대상으로 하지 않는다.
- 3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6개월 이상 고정된 후각의 완전손실이 확인되어야 한다.
- 4) 코의 추상(추한 모습)장애를 수반한 때에는 기능장애의 지급률과 추상장애의 지급률을 합산한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장애를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때	80
3) 말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때	60
4) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장애를 남긴 때	40

5) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장애를 남긴 때	10
7) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
8) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
9) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
10) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장애의 평가기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구(입벌리기)운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) 『씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때』라 함은 심한 개구(입벌리기)운동 제한이나 저작(씹기)운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) 『씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때』라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - ① 뚜렷한 개구(입벌리기)운동 제한 또는 뚜렷한 저작(씹기)운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우
 - ② 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구(입벌리기)운동이 1cm이하로 제한되는 경우
 - ③ 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm 이상인 경우
 - ④ 1개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - ⑤ 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 4) 『씹어먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때』라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - ① 약간의 개구(입벌리기)운동 제한 또는 약간의 저작(씹기)운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
 - ② 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구(입벌리기)운동이 2cm이하로 제한되는 경우
 - ③ 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm 이상인 경우
 - ④ 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - ⑤ 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 5) 개구장애는 턱관절의 이상으로 개구(입벌리기)운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구상태에서 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 한다. 단, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측정가능한 인접 치아간 거리의 최대치를 기준으로 한다.

- 6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말한다.
- 7) 『말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때』라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - ① 언어평가상 자음정확도가 30% 미만인 경우
 - ② 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가능한 경우
- 8) 『말하는 기능에 뚜렷한 기능에 장애를 남긴 때』라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - ① 언어평가상 자음정확도가 50% 미만인 경우
 - ② 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우
- 9) 『말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때』라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - ① 언어평가상 자음정확도가 75% 미만인 경우
 - ② 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우
- 10) 말하는 기능의 장애는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.
- 11) 뇌·중추신경계 손상(정신·인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장애(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장애는 신경계·정신행동 장애 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.
- 12) 『치아의 결손』이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용한다.
- 13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않는다.
- 14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
- 15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 후유장애의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장애로 평가한다.
- 16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장애의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 외모에 뚜렷한 추상(추한 모습)을 남긴 때	15
2) 외모에 약간의 추상(추한 모습)을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

- 1) 『외모』란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
- 2) 『추상(추한 모습)장해』라 함은 성형수술(반흔성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말한다.
- 3) 『추상(추한 모습)을 남긴 때』라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.
- 4) 다발성 반흔 발생시 각 판정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔의 길이 또는 면적은 합산하여 평가한다. 단, 길이가 5mm 미만의 반흔은 합산 대상에서 제외한다.
- 5) 추상(추한 모습)이 얼굴과 머리 또는 목 부위에 걸쳐 있는 경우에는 머리 또는 목에 있는 흉터의 길이 또는 면적의 1/2을 얼굴의 추상(추한 모습)으로 보아 산정한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - ① 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
 - ② 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
 - ③ 지름 5cm 이상의 조직함몰
 - ④ 코의 1/2 이상 결손
- 2) 머리
 - ① 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
 - ② 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
- 3) 목
손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - ① 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
 - ② 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
 - ③ 지름 2cm 이상의 조직함몰
 - ④ 코의 1/4 이상 결손
- 2) 머리
 - ① 손바닥 크기 1/2 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
 - ② 머리뼈의 손바닥 크기 1/2 이상의 손상 및 결손
- 3) 목
손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

『손바닥 크기』라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 12세 이상의 성인에서는 8×10cm (1/2 크기는 40cm², 1/4 크기는 20cm²), 6~11세의 경우는

6×8cm (1/2 크기는 24cm², 1/4 크기는 12cm²), 6세 미만의 경우는 4×6cm (1/2 크기는 12cm², 1/4 크기는 6cm²)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장해를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장해를 남긴 때	10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장애	20
8) 추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애	15
9) 추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애	10

나. 장애판정기준

- 1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장애로 평가한다.
- 2) 척추(등뼈)의 기형장애는 척추체(척추뼈 몸통)를 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 신체부위에서 같다)의 압박률 또는 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡정도에 따라 평가한다.
 - ① 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡변화는 객관적인 측정방법 (Cobb's Angle)에 따라 골절이 발생한 척추체(척추뼈 몸통)의 상·하 인접 정상 척추체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상만곡을 고려하여 평가한다.
 - ② 척추(등뼈)의 기형장애는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상·하부[인접 상·하부 척추체(척추뼈 몸통)에 인접성 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추와 가장 인접한 상·하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비를 압박률로 정한다.
 - ③ 척추(등뼈)의 기형장애는 「산업재해보상보험법 시행규칙」상 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동단위로 보며, 하나의 운동단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸통)에 압박골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산하고, 두 개 이상의 운동단위에서 장애가 발생한 경우에는 그 중 가장 높은 지급률을 적용한다.
- 3) 척추(등뼈)의 장애는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.

- 4) 추간판탈출증으로 인한 신경 장애는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 경과한 후에 평가한다.
- 5) 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동장애 및 기형장애로 평가하지 않는다.
- 6) 심한 운동장애란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - ① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정된 상태
 - ② 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정된 상태
- 7) 뚜렷한 운동장애란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - ① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정된 상태
 - ② 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제2경추를 유합 또는 고정된 상태
 - ③ 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) 사이에 CT 검사 상, 두 개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI: Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
 - ④ 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI: Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
- 8) 약간의 운동장애
머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정된 상태
- 9) 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - ① 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
 - ② 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60% 이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때
- 10) 뚜렷한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - ① 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
 - ② 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40% 이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때
- 11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - ① 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

- ② 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20% 이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때
- 12) 『추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장애』란 추간판탈출증으로 인하여 추간판을 2마디 이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우
- 13) 『추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애』란 추간판탈출증으로 추간판 1마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
- 14) 『추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애』란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리 검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

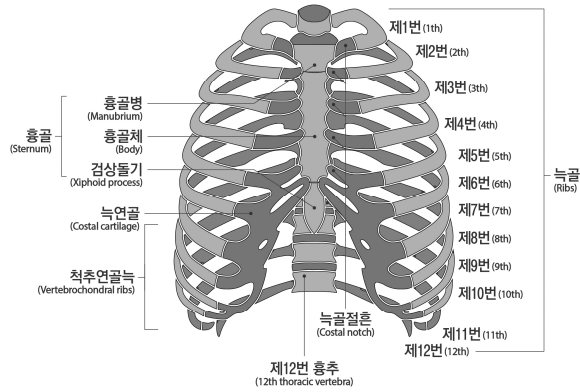
7. 체간골의 장애

가. 장애의 분류

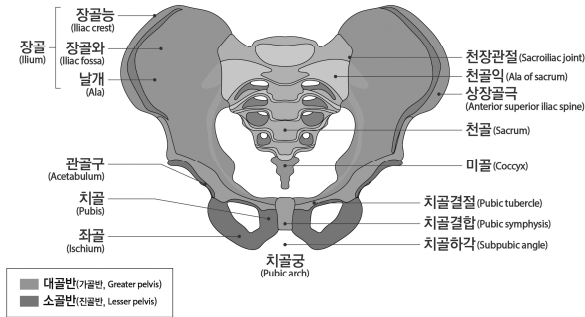
장애의 분류	지급률(%)
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장애판정기준

- 1) 『체간골』이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며, 이를 모두 동일한 부위로 본다.
- 2) 『골반뼈의 뚜렷한 기형』이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
- ① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태
 - ② 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우
 - ③ 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태
- 3) 『빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골), 어깨뼈(견갑골)에 뚜렷한 기형이 남은 때』라 함은 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
- 4) 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장애로 취급한다. 다발성늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가한다.



<가슴뼈>



<골반뼈>

8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 두 팔의 손목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 아니한다.
- 3) 『팔』 이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.
- 4) 『팔의 3대관절』 이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.
- 5) 『한팔의 손목 이상을 잃었을 때』 라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 6) 팔의 관절기능 장애 평가는 팔의 3대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.
 - ① 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제 47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - ② 관절기능장애를 표시할 경우 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장애가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 7) 『관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때』 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - ① 완전 강직(관절굳음)
 - ② 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 『0등급(zero)』 인 경우
- 8) 『관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때』 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - ② 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - ③ 근전도 검사상 완전손상(complete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 『1등급(trace)』 인 경우
- 9) 『관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때』 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - ② 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 『2등급(poor)』 인 경우
- 10) 『관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때』 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - ② 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사

(MMT)에서 근력이 『3등급(fair)』인 경우

- 11) 『가관절^{주)}이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때』라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

※주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 『불유합』 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.

- 12) 『가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때』라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 13) 『뼈에 기형을 남긴 때』라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장애가 생기고 다른 관절 하나에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 2) 1상지(팔과 손가락)의 후유장애지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

9. 다리의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 두 다리의 발목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 다리의 발목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한 다리에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한 다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10) 한 다리가 5cm 이상 짧아지거나 길어진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아지거나 길어진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아지거나 길어진 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시

- 켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 아니한다.
- 3) 『다리』라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.
 - 4) 『다리의 3대 관절』이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.
 - 5) 『한 다리의 발목 이상을 잃었을 때』라 함은 발목관절로부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
 - 6) 다리의 관절기능 장애 평가는 다리의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
 - ① 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제 47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - ② 관절기능장애가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
 - 7) 『관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때』라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - ① 완전 강직(관절굳음)
 - ② 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 『0등급(zero)』인 경우
 - 8) 『관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때』라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - ② 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - ③ 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - ④ 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 『1등급(trace)』인 경우
 - 9) 『관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때』라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - ③ 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 『2등급(poor)』인 경우
 - 10) 『관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때』라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

③ 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 『3등급(fair)』 인 경우

- 11) 동요장애 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.
- 12) 『가관절^㉔이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때』 라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
※주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 『불유합』 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.
- 13) 『가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때』 라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 14) 『뼈에 기형을 남긴 때』 라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정 유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
- 15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 2) 1하지(다리와 발가락)의 후유장해 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

10. 손가락의 장애

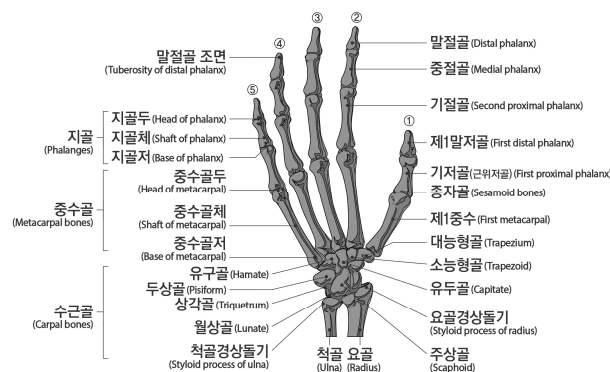
가. 장애의 분류

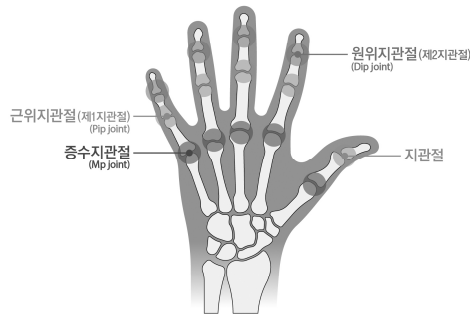
장애의 분류	지급률(%)
1) 한손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(손가락 하나마다)	10
4) 한손의 5개 손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
5) 한손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(손가락 하나마다)	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시

- 켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 아니한다.
- 3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
 - 4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
 - 5) 『손가락을 잃었을 때』라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말한다.
 - 6) 『손가락뼈 일부를 잃었을 때』 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
 - 7) 『손가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때』라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
 - 8) 한 손가락에 장애가 생기고 다른 손가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
 - 9) 손가락의 관절기능장애 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.





<손가락>

11. 발가락의 장애

가. 장애의 분류

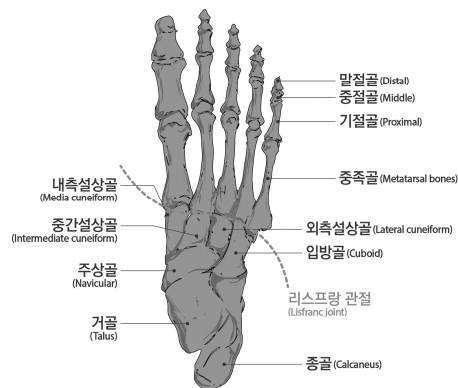
장애의 분류	지급률(%)
1) 한발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한발의 5개 발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한발의 첫째 발가락을 잃었을 때	10
4) 한발의 첫째 발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(발가락 하나마다)	5
5) 한발의 5개 발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 한발의 첫째 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	8
7) 한발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(발가락 하나마다)	3

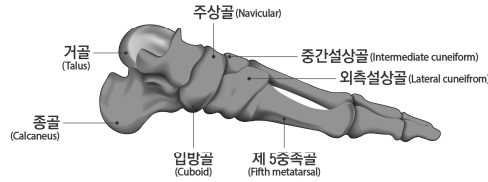
나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 아니한다.
- 3) 『발가락을 잃었을 때』라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.
- 4) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우

를 말한다.

- 5) 『발가락뼈 일부를 잃었을 때』라 함은 첫째 발가락의 지관절, 다른 네 발가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락 뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
- 6) 『발가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때』라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우를 말한다.
- 7) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.





<발가락>

12. 흉복부장기 및 비뇨생식기의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 심장 기능을 잃었을 때	100
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때	75
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때	50
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
5) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때	15

나. 장애의 판정기준

- 1) 『심장 기능을 잃었을 때』 라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.
- 2) 『흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때』 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - ① 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
 - ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생도록 받아야 할 때
 - ③ 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때
- 3) 『흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때』 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - ① 위, 대장(결장~직장) 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
 - ② 소장을 3/4 이상 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때
 - ③ 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
 - ④ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
- 4) 『흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때』 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - ① 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때
 - ② 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태

- ③ 위, 체장을 50% 이상 잘라내었을 때
- ④ 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
- ⑤ 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우
- ⑥ 요도괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우
- 5) 『흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때』 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - ① 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요할 때
 - ② 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능할 때
 - ③ 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상 예측치의 40% 이하로 저하된 때
- 6) 흉복부, 비뇨생식기계 장애는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장애를 말하며, 노화에 의한 기능장애 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장애로 보지 않는다.
- 7) 상기 흉복부 및 비뇨생식기계 장애항목에 명기되지 않은 기타 장애상태에 대해서는 『<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표』에 해당하는 장애가 있을 때 ADLs 장애 지급률을 준용한다.
- 8) 상기 장애항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성 폐쇄성폐질환 등)은 장애의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 신경계에 장애가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장애를 남긴 때	100
3) 정신행동에 심한 장애를 남긴 때	75
4) 정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때	50
5) 정신행동에 약간의 장애를 남긴 때	25
6) 정신행동에 경미한 장애를 남긴 때	10
7) 극심한 치매 : CDR 척도 5점	100
8) 심한 치매 : CDR 척도 4점	80
9) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
10) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
11) 심한 간질발작이 남았을 때	70
12) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
13) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장애판정기준

1) 신경계

- ① 『신경계에 장애를 남긴 때』라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 『<불임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표』의 5가지 기본동작 중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
- ② 위 ①의 경우 『<불임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표』상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장애로 인정하지 않는다.
- ③ 신경계의 장애로 인하여 발생하는 다른 신체부위의 장애(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장애로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- ④ 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장애를 평가한다. 그러나 12개월이 경과하였다 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간 내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장애 평가를 유보한다.
- ⑤ 장애진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

- ① 정신행동장애는 보험기간중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18개월이 경과한 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또는 수상 후 12개월이 경과한 후에 판정할 수 있다.
- ② 정신행동장애는 장애판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과와의 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장애가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되었거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 아니한다.
- ③ 『정신행동에 극심한 장애를 남긴 때』라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와의 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.
- ④ 『정신행동에 심한 장애를 남긴 때』라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와의 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.
- ⑤ 『정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때』라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 『능력장애측정기준』^{주)}상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.
※주) 능력장애측정기준의 항목: ㉠ 적절한 음식섭취, ㉡ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ㉢ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㉣ 규칙적인 통원·약물 복용, ㉤ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ㉥ 대중교통이나 일반공공시설의 이용
- ⑥ 『정신행동에 약간의 장애를 남긴 때』라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 『능력장애측정기준』상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하

여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.

- ⑦ 『정신행동에 경미한 장애를 남긴 때』라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 『능력장애측정기준』 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.
- ⑧ 지속적인 정신건강의학과와 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.
- ⑨ 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.
- ⑩ 정신행동장애 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.
- ⑪ 정신행동장애는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정 등의 추정 혹은 인정, 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.
- ⑫ 각종 기질성 정신장애와 외상후 간질에 한하여 보상한다.
- ⑬ 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

3) 치매

- ① 『치매』라 함은 정상적으로 성숙한 뇌가 질병이나 외상 후 기질성 손상으로 파괴되어 한번 획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 것을 말한다.
- ② 치매의 장애평가는 임상적인 증상 뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 MRI, SPECT 등)를 기초로 진단되어야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가한다. 다만, 진단시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가한다.
- ③ 치매의 장애평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 뇌전증(간질)

- ① 『뇌전증(간질)』이라 함은 돌발적 뇌파 이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장애 등)을 반복하는 것을 말한다.
- ② 간질발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항간질제(항전간제) 약물로도 조절되지 않는 간질을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 간질발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.
- ③ 『심한 간질 발작』이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장애 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
- ④ 『뚜렷한 간질 발작』이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경

증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

- ⑤ 『약간의 간질 발작』 이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증 발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- ⑥ 『중증발작』 이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.
- ⑦ 『경증발작』 이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표

유형	제한 정도에 따른 지급률
이동동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태 (지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태 (30%) - 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태 (20%) - 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 보행 시 파행(절뚝거림)이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르고 내리기가 불가능한 상태 또는 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태 (10%)
음식물 섭취	- 입으로 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브(비위관 또는 위루관)나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태 (20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태 (15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태 (5%)
배변·배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태, 또는 지속적인 유치도뇨관 삽입상태, 방광루, 요도루, 장루상태 (20%) - 화장실에 가서 변기 위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 뒤처리 시 다른 사람들의 지속적인 도움이 필요한 상태, 또는 간헐적으로 자가 인공도뇨가 가능한 상태(CIC), 기저귀를 이용한 배뇨, 배변 상태 (15%) - 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변 후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무를 수행하는 것이 어려운 상태, 또는 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 요실금, 변실금이 있는 때 (5%)

목욕	- 세안, 양치, 샤워, 목욕 등 모든 개인위생 관리 시 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태 (10%) - 세안, 양치 시 부분적인 도움 하에 혼자서 가능하나 목욕이나 샤워 시 타인의 도움이 필요한 상태 (5%) - 세안, 양치와 같은 개인위생관리를 독립적으로 시행가능하나 목욕이나 샤워 시 부분적으로 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)
옷 입고 벗기	- 상·하의 의복 착탈 시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 (10%) - 상·하의 의복 착탈 시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의 중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태 (5%) - 상·하의 의복 착탈 시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 마무리는 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)

【별표2】 기타관계법령

【전자서명법 제2조(정의) 제2호】

이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

2. "전자서명"이라 함은 서명자를 확인하고 서명자가 당해 전자문서에 서명을 하였음을 나타내는데 이용하기 위하여 당해 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.

【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 의료재활 시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 정신병원
 - 바. 종합병원
- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항 제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

【형법 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 이

하의 징역에 처한다.

[형법 제268조(업무상과실·중과실 치사상)]

업무상 과실 또는 중대한 과실로 인하여 사람을 사상에 이르게 한 자는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

[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 한국희귀의약품센터
4. 「지역보건법」에 따른 보건소·보건의료원 및 보건지소
5. 「농어촌 등 보건의료를 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.

[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. <개정 2010.1.18.>

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. <개정 2010.1.18.>
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다. <개정 2010.1.18.>
- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다. <개정 2010.1.18.>
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2010.1.18.>

[본조신설 2009.1.30.]

[지역보건법 제10조(보건소의 설치)]

- ① 지역주민의 건강을 증진하고 질병을 예방·관리하기 위하여 시·군·구에 대통령령으로 정하는 기준에 따라 해당 지방자치단체의 조례로 보건소(보건의료원을 포함한다. 이하 같다)를 설치한다.
- ② 동일한 시·군·구에 2개 이상의 보건소가 설치되어 있는 경우 해당 지방자치단체의 조례로 정하는 바에 따라 업무를 총괄하는 보건소를 지정하여 운영할 수 있다.

[지역보건법 제12조(보건의료원)]

보건소중 「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원의 요건을 갖춘 보건소는 보건의료원이라는 명칭을 사용할 수 있다.

[지역보건법 제13조(보건지소의 설치)]

지방자치단체는 보건소의 업무수행을 위하여 필요하다고 인정하는 때에는 대통령령이 정하는 기준에 따라 당해 지방자치단체의 조례로 보건소의 지소(이하 "보건지소"라 한다)를 설치할 수 있다.

[농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제15조(보건진료소의 설치·운영)]

- ① 시장[도농복합형태(都農複合形態)의 시의 시장을 말하며, 읍·면 지역에서 보건진료소를 설치·운영하는 경우만 해당한다] 또는 군수는 보건의료 취약지역의 주민에게 보건의료를 제공하기 위하여 보건진료소를 설치·운영한다. 다만, 시·구의 관할구역의 도서지역에는 해당 시장·구청장이 보건진료소를 설치·운영할 수 있으며, 군 지역에 있는 보건진료소의 행정구역이 행정구역의 변경 등으로 시 또는 구 지역으로 편입된 경우에는 보건복지부장관이 정하는 바에 따라 해당 시장 또는 구청장이 보건진료소를 계속 운영할 수 있다.
- ② 보건진료소에 보건진료소장 1명과 필요한 직원을 두되, 보건진료소장은 보건진료

전담공무원으로 보한다.

③ 보건진료소의 설치기준은 보건복지부령으로 정한다.

[전문개정 2012.10.22.]

[의료법 제2조(의료인)]

- ① 이 법에서 "의료인"이란 보건복지부장관의 면허를 받은 의사·치과의사·한의사·조산사 및 간호사를 말한다. <개정 2008.2.29., 2010.1.18.>
- ② 의료인은 종별에 따라 다음 각 호의 임무를 수행하여 국민보건 향상을 이루고 국민의 건강한 생활 확보에 이바지할 사명을 가진다. <개정 2015.12.29., 2019.4.23.>
 1. 의사는 의료와 보건지도를 임무로 한다.
 2. 치과의사는 치과 의료와 구강 보건지도를 임무로 한다.
 3. 한의사는 한방 의료와 한방 보건지도를 임무로 한다.
 4. 조산사는 임신부 및 신생아에 대한 보건과 양호지도를 임무로 한다.
 5. 간호사는 다음 각 목의 업무를 임무로 한다.
 - 가. 환자의 간호요구에 대한 관찰, 자료수집, 간호판단 및 요양을 위한 간호
 - 나. 의사, 치과의사, 한의사의 지도하에 시행하는 진료의 보조
 - 다. 간호 요구자에 대한 교육·상담 및 건강증진을 위한 활동의 기획과 수행, 그 밖의 대통령령으로 정하는 보건활동
 - 라. 제80조에 따른 간호조무사가 수행하는 가목부터 다목까지의 업무보조에 대한 지도

[약사법 제2조(정의)]

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2007. 10. 17., 2008. 2. 29., 2009. 12. 29., 2010. 1. 18., 2011. 6. 7., 2013. 3. 23., 2014. 3. 18., 2016. 12. 2., 2017. 10. 24., 2019. 8. 27.>

1. "약사(藥事)"란 의약품·의약외품의 제조·조제·감정(鑑定)·보관·수입·판매[수여(授與)]를 포함한다. 이하 같다]와 그 밖의 약학 기술에 관련된 사항을 말한다.
2. "약사(藥師)"란 한약에 관한 사항 외의 약사(藥事)에 관한 업무(한약제제에 관한 사항을 포함한다)를 담당하는 자로서, "한약사"란 한약과 한약제제에 관한 약사(藥事) 업무를 담당하는 자로서 각각 보건복지부장관의 면허를 받은 자를 말한다.
3. "약국"이란 약사나 한약사가 수여할 목적으로 의약품 조제 업무[약국제제(藥局製劑)]를 포함한다]를 하는 장소(그 개설자가 의약품 판매업을 겸하는 경우에는 그 판매업에 필요한 장소를 포함한다)를 말한다. 다만, 의료기관의 조제실은 예외로 한다.
4. "의약품"이란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 물품을 말한다.

- 가. 대한민국약전(大韓民國藥典)에 실린 물품 중 의약외품이 아닌 것
 나. 사람이나 동물의 질병을 진단·치료·경감·처치 또는 예방할 목적으로 사용하는 물품 중 기구·기계 또는 장치가 아닌 것
 다. 사람이나 동물의 구조와 기능에 약리학적(藥理學的) 영향을 줄 목적으로 사용하는 물품 중 기구·기계 또는 장치가 아닌 것
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.
7. "의약외품(醫藥外品)"이란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 물품(제4호나목 또는 다목에 따른 목적으로 사용되는 물품은 제외한다)으로서 식품의약품안전처장이 지정하는 것을 말한다.
 가. 사람이나 동물의 질병을 치료·경감(輕減)·처치 또는 예방할 목적으로 사용되는 섬유·고무제품 또는 이와 유사한 것
 나. 인체에 대한 작용이 약하거나 인체에 직접 작용하지 아니하며, 기구 또는 기계가 아닌 것과 이와 유사한 것
 다. 감염병 예방을 위하여 살균·살충 및 이와 유사한 용도로 사용되는 제제
8. "신약"이란 화학구조나 본질 조성이 전혀 새로운 신물질의약품 또는 신물질을 유효성분으로 함유한 복합제제 의약품으로서 식품의약품안전처장이 지정하는 의품을 말한다.
9. "일반의약품"이란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 것으로서 보건복지부장관과 협의하여 식품의약품안전처장이 정하여 고시하는 기준에 해당하는 의품을 말한다.
 가. 오용·남용될 우려가 적고, 의사나 치과의사의 처방 없이 사용하더라도 안전성 및 유효성을 기대할 수 있는 의약품
 나. 질병 치료를 위하여 의사나 치과의사의 전문지식이 없어도 사용할 수 있는 의약품
 다. 의약품의 제형(劑型)과 약리작용상 인체에 미치는 부작용이 비교적 적은 의약품
10. "전문의약품"이란 일반의약품이 아닌 의품을 말한다.
11. "조제"란 일정한 처방에 따라서 두 가지 이상의 의품을 배합하거나 한 가지 의품을 그대로 일정한 분량으로 나누어서 특정한 용법에 따라 특정인의 특정된 질병을 치료하거나 예방하는 등의 목적으로 사용하도록 약제를 만드는 것을 말한다.
12. "복약지도(服藥指導)"란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 것을 말한다.
 가. 의약품의 명칭, 용법·용량, 효능·효과, 저장 방법, 부작용, 상호 작용이나 성상(性狀) 등의 정보를 제공하는 것

나. 일반의약품을 판매할 때 진단적 판단을 하지 아니하고 구매자가 필요한 의
약품을 선택할 수 있도록 도와주는 것

13. "안전용기·포장"이란 5세 미만 어린이가 열기 어렵게 설계·고안된 용기나 포
장을 말한다.
14. "위탁제조판매업"이란 제조시설을 갖추지 아니하고 식품의약품안전처장으로부터 제조판매품목허가를 받은 의약품을 의약품제조업자에게 위탁하여 제조판매
하는 영업을 말한다.
15. "임상시험"이란 의약품 등의 안전성과 유효성을 증명하기 위하여 사람을 대상으
로 해당 약물의 약동(藥動)·약력(藥力)·약리·임상적 효과를 확인하고 이상반
응을 조사하는 시험(생물학적 동등성시험을 포함한다)을 말한다. 다만, 「첨단
재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」 제2조제3호에 따른
첨단재생의료 임상연구는 제외한다.
16. "비임상시험"이란 사람의 건강에 영향을 미치는 시험물질의 성질이나 안전성에
관한 각종 자료를 얻기 위하여 실험실과 같은 조건에서 동물·식물·미생물과
물리적·화학적 매체 또는 이들의 구성 성분으로 이루어진 것을 사용하여 실시
하는 시험을 말한다.
17. "생물학적 동등성시험"이란 임상시험 중 생물학적 동등성을 입증하기 위한 생체
시험으로서 동일 주성분을 함유한 두 제제의 생체이용률이 통계학적으로 동등
하다는 것을 보여주는 시험을 말한다.
18. "희귀의약품"이란 제4호에 따른 의약품 중 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는
의약품으로서 식품의약품안전처장의 지정을 받은 의약품을 말한다.
가. 「희귀질환관리법」 제2조제1호에 따른 희귀질환을 진단하거나 치료하기 위
한 목적으로 사용되는 의약품
나. 적용 대상이 드문 의약품으로서 대체 가능한 의약품이 없거나 대체 가능한
의약품보다 현저히 안전성 또는 유효성이 개선된 의약품
19. "국가필수의약품"이란 질병 관리, 방사능 방재 등 보건의료상 필수적이나 시장
기능만으로는 안정적 공급이 어려운 의약품으로서 보건복지부장관과 식품의약
품안전처장이 관계 중앙행정기관의 장과 협의하여 지정하는 의약품을 말한다.

[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 해태함으로 인하여
손해가 증가된 때에는 보험자는 그 증가된 손해를 보상할 책임이 없다.

[상법 제662조(소멸시효)]

보험금청구권은 3년간, 보험료 또는 계약자적립액의 반환청구권은 3년간, 보험료청구

권은 2년간 행사하지 아니하면 시효의 완성으로 소멸한다.

[산업재해보상보험법 시행규칙 제47조(운동기능장애의 측정)]

[시행 2020. 1. 10.] [고용노동부령 제233호, 2020. 1. 10., 일부개정]

- ① 비장해인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역은 별표 4와 같다.
- ② 운동기능장애의 정도는 미국의학협회(AMA, American Medical Association)식 측정 방법 중 공단이 정하는 방법으로 측정한 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능 영역과 별표 4의 평균 운동가능영역을 비교하여 판정한다. 다만, 척주의 운동가능영역은 그러하지 아니하다.
- ③ 제2항에 따라 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역을 측정할 때에는 다음 각 호의 구분에 따른 방법으로 한다. <신설 2016. 3. 28.>
 1. 강직, 오그라듐, 신경손상 등 운동기능장애의 원인이 명확한 경우: 근로자의 능동적 운동에 의한 측정방법
 2. 운동기능장애의 원인이 명확하지 아니한 경우: 근로자의 수동적 운동에 의한 측정방법

[국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조(비급여대상) 제1항]

[시행 2020. 1. 1.] [보건복지부령 제608호, 2018. 12. 31., 일부개정]

- ① 법 제41조제4항에 따라 요양급여의 대상에서 제외되는 사항(이하 "비급여대상"이라 한다)은 별표 2와 같다. <개정 2012. 8. 31., 2016. 8. 4.>

[별표 2] 비급여대상(제9조제1항관련) <개정 2020. 6. 29.>

1. 다음 각목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
 - 가. 단순한 피로 또는 권태
 - 나. 주근깨·다모(多毛)·무모(無毛)·백모증(白毛症)·딸기코(주사비)·점(모반)·사마귀·여드름·노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 - 다. 발기부전(impotence)·불감증 또는 생식기 선천성기형 등의 비뇨생식기 질환
 - 라. 단순 코골음
 - 마. 질병을 동반하지 아니한 단순포경(phimosis)
 - 바. 검열반 등 안과질환
 - 사. 기타 가목 내지 바목에 상당하는 질환으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질환
2. 다음 각목의 진료로서 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료

- 나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선의 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 치과교정. 다만, 입술입천장갈림증(구순구개열)을 치료하기 위한 치과교정 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.
 - 라. 씹는 기능 및 발음 기능의 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 턱얼굴(악안면) 교정술
 - 마. 관절운동 제한이 없는 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔제거술
 - 바. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
 - 사. 질병 치료가 아닌 단순히 키 성장을 목적으로 하는 진료
 - 아. 그 밖에 가목부터 사목까지에 상당하는 외모개선 목적의 진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료
3. 다음 각목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
- 가. 본인의 희망에 의한 건강검진(법 제52조의 규정에 의하여 공단이 가입자등에게 실시하는 건강검진 제외)
 - 나. 예방접종(파상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외)
 - 다. 구취제거, 치아 착색물질 제거, 치아 교정 및 보철을 위한 치석제거 및 구강 보건증진 차원에서 정기적으로 실시하는 치석제거. 다만, 치석제거만으로 치료가 종료되는 전체 치석제거로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.
 - 라. 불소부분도포, 치면열구전색(치아흙메우기) 등 치아우식증(충치) 예방을 위한 진료. 다만, 18세 이하인 사람의 치아 중 치아우식증(충치)이 생기지 않은 순수 건전치아인 제1큰어금니 또는 제2큰어금니에 대한 치면열구전색(치아흙메우기)은 제외한다.
 - 마. 멀미 예방, 금연 등을 위한 진료
 - 바. 유전성질환 등 태아 또는 배아의 이상유무를 진단하기 위한 유전학적 검사
 - 사. 장애인 진단서 등 각종 증명서 발급을 목적으로 하는 진료
 - 아. 기타 가목 내지 마목에 상당하는 예방진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 예방진료
4. 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강보험급여원리에 부합하지 아니하는 경우로서 다음 각목에서 정하는 비용·행위·약제 및 치료재료
- 가. 가입자등이 다음 표에 따른 요양기관으로서 다음 각 항목 중 어느 하나의 요건을 갖춘 요양기관에서 1개의 입원실에 1인(「의료법」 제3조제2항제1호에 따른 의원급 의료기관 및 제3호나목에 따른 치과병원의 경우 3인 이하)이 입원할 수 있는 병상(이하 "상급병상"이라 한다)을 이용한 경우에는 다음 표의 구분에 따라 부담하는 비용. 다만, 격리치료 대상인 환자가 1인실에 입원하는

경우 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 불가피한 경우에는 비급여대상에서 제외한다.

요양기관 구분	비용
「의료법」 제3조제2항제1호에 따른 의원급 의료기관	제8조에 따라 고시한 요양급여대상인 입원료(이하 "입원료"라 한다) 외에 추가로 부담하는 입원실 이용비용
「의료법」 제3조제2항제3호나목에 따른 치과병원	
「의료법」 제3조제2항제3호가목에 따른 병원 중 진료과목에 소아청소년과 또는 산부인과를 둔 병원으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요건을 갖춘 병원(이하 "아동·분만병원"이라 한다)	
상급종합병원	입원실 이용 비용 전액
「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료기관(치과병원 및 아동·분만병원은 제외한다)	

(1) 의료법령에 따라 허가를 받거나 신고한 병상 중 입원실 이용비용을 입원료만으로 산정하는 일반병상(이하 "일반병상"이라 한다)을 다음의 구분에 따라 운영하는 경우. 다만, 규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상의 격리병실, 무균치료실, 특수진료실 및 중환자실과 「의료법」 제27조제3항제2호에 따른 외국인환자를 위한 전용 병실 및 병동의 병상은 일반병상 및 상급병상의 계산에서 제외한다.

(가) 의료법령에 따라 신고한 병상이 10병상을 초과하는 「의료법」 제3조제2항제1호의 의원급 의료기관, 같은 항 제3호나목의 치과병원, 같은 법 제3조의5제1항에 따른 지정을 받은 산부인과 또는 주산기(周産期) 전문병원 및 아동·분만병원: 일반병상을 총 병상의 2분의 1 이상 확보할 것

(나) 「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료기관(치과병원 및 아동·분만병원을 제외한다): 일반병상을 총 병상의 5분의 3 이상 확보할 것

(다) 「의료법」 제3조제2항제3호마목의 종합병원 및 같은 법 제3조의4제1항에 따른 지정을 받은 상급종합병원: 일반병상을 총 병상의 5분의 4 이상 확보할 것

(2) 의료법령에 의하여 신고한 병상이 10병상 이하인 경우

나. 가목에도 불구하고 다음 각 항목에 해당하는 경우에는 다음의 구분에 따른 비용

(1) 가입자등이 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원(「정신보건법」 제3조제3호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관은 제외한다. 이하 같다) 중 입원실 이용비용을 입원료

만으로 산정하는 일반병상(규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상의 격리병실, 무균치료실, 특수진료실 및 중환자실과 「의료법」 제27조제3항제2호에 따른 외국인환자를 위한 전용 병실 및 병동의 병상은 제외한다)을 50퍼센트 이상 확보하여 운영하는 요양병원에서 1개의 입원실에 5인 이하가 입원할 수 있는 병상을 이용하는 경우: 제8조제4항 전단에 따라 고시한 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용

(2) 가입자등이 가목(1)에서 정한 요건을 갖춘 상급종합병원, 종합병원, 병원 중 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제25조에 따라 호스피스전문기관으로 지정된 요양기관에서 1인실 병상을 이용하여 같은 법 제28조에 따른 호스피스·완화의료를 받는 경우(격리치료 대상인 환자가 1인실에 입원하는 경우, 임종실을 이용하는 경우 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 불가피한 경우는 제외한다): 제8조제4항 전단에 따라 고시한 호스피스·완화의료 입원실의 입원료 중 4인실 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용

다. 법 제51조에 따라 장애인에게 보험급여를 실시하는 보장구를 제외한 보조기·보청기·안경 또는 콘택트렌즈 등 보장구. 다만, 보청기 중 보험급여의 적용을 받게 될 수술과 관련된 치료재료인 보건복지부장관이 정하여 고시하는 보청기는 제외한다.

라. 삭제 <2017. 9. 1.>

마. 천자확인을 위한 진단

바. 치과의 보철(보철재료 및 가공료 등을 포함한다) 및 치과임플란트를 목적으로 실시한 부가수술(골이식수술 등을 포함한다). 다만, 보건복지부장관이 정하여 고시하는 65세 이상인 사람의 틀니 및 치과임플란트는 제외한다.

사. 및 아. 삭제 <2002.10.24>

자. 이 규칙 제8조의 규정에 의하여 보건복지부장관이 고시한 약제에 관한 급여 목록표에서 정한 일반의약품으로서 「약사법」 제23조에 따른 조제에 의하지 아니하고 지급하는 약제

차. 삭제 <2006.12.29>

카. 삭제 <2018. 12. 31.>

타. 「장기등 이식에 관한 법률」에 따른 장기이식을 위하여 다른 의료기관에서 채취한 골수 등 장기의 운반에 소요되는 비용

파. 「마약류 관리에 관한 법률」 제40조에 따른 마약류중독자의 치료보호에 소요되는 비용

하. 이 규칙 제11조제1항 또는 제13조제1항에 따라 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의 행위·치료재료(「신의료기술평가에 관한 규칙」 제2조제2항에 따른 평가 유예 신의료기술을 포함하되, 같은 규칙 제3

- 조제3항에 따라 서류를 송부받은 경우와 같은 규칙 제3조의4에 따른 신의료 기술평가 결과 안전성·유효성을 인정받지 못한 경우에는 제외한다). 다만, 제11조제9항 또는 제13조제1항 후단의 규정에 따라 소급하여 요양급여대상으로 적용되는 행위·치료재료(「신의료기술평가에 관한 규칙」 제2조제2항에 따른 평가 유예 신의료기술을 포함한다)는 제외한다.
- 거. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조제10항제2호에 따른 제한적 의료기술
 너. 「의료기기법 시행규칙」 제32조제1항제6호에 따른 의료기기를 장기이식 또는 조직이식에 사용하는 의료행위
 더. 그 밖에 요양급여를 함에 있어서 비용효과성 등 진료상의 경제성이 불분명하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 검사·처치·수술 기타의 치료 또는 치료재료
5. 삭제 <2006.12.29>
6. 영 제21조제3항제2호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군에 대한 입원진료의 경우에는 제1호 내지 제4호(제4호 하목을 제외한다), 제7호에 해당되는 행위·약제 및 치료재료. 다만, 제2호아목, 제3호아목 및 제4호더목은 다음 각 목에서 정하는 경우에 한정한다.
- 가. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 행위 및 치료재료
 나. 질병군 진료 외의 목적으로 투여된 약제
- 6의2. 영 제21조제3항제3호에 따른 호스피스·완화의료 입원진료의 경우에는 제1호부터 제3호까지, 제4호나목(2)·더목에 해당되는 행위·약제 및 치료재료. 다만, 제2호사목, 제3호아목 및 제4호더목은 보건복지부장관이 정하여 고시하는 행위 및 치료재료에 한정한다.
7. 건강보험제도의 여건상 요양급여로 인정하기 어려운 경우
 가. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 한방물리요법
 나. 한약첩약 및 기상한의서의 처방 등을 근거로 한 한방생약제제
8. 약사법령에 따라 허가를 받거나 신고한 범위를 벗어나 약제를 처방·투여하려는 자가 보건복지부장관이 정하여 고시하는 절차에 따라 의학적 근거 등을 입증하여 비급여로 사용할 수 있는 경우. 다만, 제5조제4항에 따라 중증환자에게 처방·투여하는 약제 중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 약제는 건강보험심사평가원장의 공고에 따른다.

[노인장기요양보험법 제29조(장기요양급여의 제한)]

- ① 공단은 장기요양급여를 받고 있는 자가 정당한 사유 없이 제15조제4항에 따른 조사나 제60조 또는 제61조에 따른 요구에 응하지 아니하거나 답변을 거절한 경우 장기요양급여의 전부 또는 일부를 제공하지 아니하게 할 수 있다. <개정 2020. 3. 31.>
- ② 공단은 장기요양급여를 받고 있거나 받을 수 있는 자가 장기요양기관이 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 장기요양급여비용을 받는 데에 가담한 경우 장기요양급여를

중단하거나 1년의 범위에서 장기요양급여의 횟수 또는 제공 기간을 제한할 수 있다.
<신설 2020. 3. 31.>

- ③ 제2항에 따른 장기요양급여의 중단 및 제한 기준과 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <신설 2020. 3. 31.>

[관공서의 공휴일에 관한 규정 제2조(공휴일)]

관공서의 공휴일은 다음 각 호와 같다. 다만, 재외공관의 공휴일은 우리나라의 국경일 중 공휴일과 주재국의 공휴일로 한다.

1. 일요일
2. 국경일 중 3·1절, 광복절, 개천절 및 한글날
3. 1월 1일
4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날 (음력 12월 말일, 1월 1일, 2일)
5. 석제 <2005. 6. 30.>
6. 부처님오신날 (음력 4월 8일)
7. 5월 5일 (어린이날)
8. 6월 6일 (현충일)
9. 추석 전날, 추석, 추석 다음날 (음력 8월 14일, 15일, 16일)
10. 12월 25일 (기독탄신일)
- 10의2. 「공직선거법」 제34조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일
11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날

[관공서의 공휴일에 관한 규정 제3조(대체공휴일)]

- ① 제2조제2호부터 제10호까지의 공휴일이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일(제2조 각 호의 공휴일이 아닌 날을 말한다. 이하 같다)을 대체공휴일로 한다.

1. 제2조제2호 또는 제7호의 공휴일이 토요일이나 일요일과 겹치는 경우
2. 제2조제4호 또는 제9호의 공휴일이 일요일과 겹치는 경우
3. 제2조제2호·제4호·제7호 또는 제9호의 공휴일이 토요일·일요일이 아닌 날에 같은 조 제2호부터 제10호까지의 규정에 따른 다른 공휴일과 겹치는 경우

- ② 제1항에 따른 대체공휴일이 같은 날에 겹치는 경우에는 그 대체공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일까지 대체공휴일로 한다.

- ③ 제1항 및 제2항에 따른 대체공휴일이 토요일인 경우에는 그 다음의 첫 번째 비공휴일을 대체공휴일로 한다.

[전문개정 2021. 8. 4.]

[신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 제15조(수집 및 처리의 원칙)]

- ① 신용정보회사, 본인신용정보관리회사, 채권추심회사, 신용정보집중기관 및 신용정보

제공·이용자(이하 "신용정보회사등"이라 한다)는 신용정보를 수집하고 이를 처리할 수 있다. 이 경우 이 법 또는 정관으로 정한 업무 범위에서 수집 및 처리의 목적을 명확히 하여야 하며, 이 법 및 「개인정보 보호법」 제3조제1항 및 제2항에 따라 그 목적 달성에 필요한 최소한의 범위에서 합리적이고 공정한 수단을 사용하여 신용정보를 수집 및 처리하여야 한다. <개정 2020. 2. 4.>

② 신용정보회사등이 개인신용정보를 수집하는 때에는 해당 신용정보주체의 동의를 받아야 한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하다. <개정 2020. 2. 4.>

1. 「개인정보 보호법」 제15조제1항제2호부터 제6호까지의 어느 하나에 해당하는 경우
2. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 정보를 수집하는 경우
 - 가. 법령에 따라 공시(公示)되거나 공개된 정보
 - 나. 출판물이나 방송매체 또는 「공공기관의 정보공개에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공기관의 인터넷 홈페이지 등의 매체를 통하여 공시 또는 공개된 정보
 - 다. 신용정보주체가 스스로 사회관계망서비스 등에 직접 또는 제3자를 통하여 공개한 정보. 이 경우 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체의 동의가 있었다고 객관적으로 인정되는 범위 내로 한정한다.
3. 제1호 및 제2호에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우

[금융소비자 보호에 관한 법률 제2조(정의)][시행 2021. 3. 25]

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

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(투자성 상품 중 대통령령으로 정하는 금융상품계약체결등을 할 때에는 전문금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자등에게 서면으로 통지하는 경우만 해당한다)

마. 그 밖에 금융상품의 유형별로 대통령령으로 정하는 자

[금융소비자 보호에 관한 법률 제17조(적합성원칙)][시행 2021. 3. 25]

- ③ 금융상품판매업자등은 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.

[금융소비자 보호에 관한 법률 제18조(적정성원칙)][시행 2021. 3. 25]

- 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.

[금융소비자 보호에 관한 법률 제19조(설명의무)][시행 2021. 3. 25]

- ① 금융상품판매업자등은 일반금융소비자에게 계약 체결을 권유(금융상품자문업자가 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 금액의 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 금융상품판매업자등은 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 금융상품판매업자등은 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.

[시행일:2021. 9. 25.] 제19조 중 금융상품자문업자 관련 부분

[금융소비자 보호에 관한 법률 제20조(불공정영업행위의 금지)][시행 2021. 3. 25]

① 금융상품판매업자등은 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 제공 받는 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 중도상환수수료를 부과하는 행위
 - 1) 대출계약이 성립한 날부터 3년 이내에 상환하는 경우
 - 2) 다른 법령에 따라 중도상환수수료 부과가 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 연대보증을 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.

[시행일:2021. 9. 25.] 제20조 중 금융상품자문업자 관련 부분

[금융소비자 보호에 관한 법률 제21조(부당권유행위 금지)][시행 2021. 3. 25]

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 이호에서 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 금융상품 직접판매업자에게 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

[시행일:2021. 9. 25.] 제21조 중 금융상품자문업자 관련 부분

[금융소비자 보호에 관한 법률 제42조(소액분쟁사건에 관한 특례)][시행 2021. 3. 25]
조정대상기관은 다음 각 호의 요건 모두를 충족하는 분쟁사건(이하 “소액분쟁사건”이라 한다)에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 제36조제6항에 따라 조정안을 제시하기 전에는 소를 제기할 수 없다. 다만, 제36조제3항에 따라 서면통지를 받거나 제36조제5항에서 정한 기간 내에 조정안을 제시받지 못한 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 일반금융소비자가 신청한 사건일 것
2. 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 2천만원 이내에서 대통령령으로 정하는 금액 이하일 것

[금융소비자 보호에 관한 법률 제46조(청약의 철회)][시행 2021. 3. 25]

① 금융상품판매업자등과 대통령령으로 각각 정하는 보장성 상품, 투자성 상품, 대출성 상품 또는 금융상품자문에 관한 계약의 청약을 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 청약을 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·채화·용역(이하 이 조에서 “금전·채화등”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 “서면등”이라 한다)을 발송한 때

2. 대출성 상품: 일반금융소비자가 청약의 철회의사를 표시하기 위하여 서면등을 발송하고, 다음 각 목의 금전·채화등(이미 제공된 용역은 제외하며, 일정한 시설을 이용하거나 용역을 제공받을 수 있는 권리를 포함한다. 이하 이 항에서 같다)을 반환한 때

가. 이미 공급받은 금전·채화등

나. 이미 공급받은 금전과 관련하여 대통령령으로 정하는 이자

다. 해당 계약과 관련하여 금융상품판매업자등이 제3자에게 이미 지급한 수수료 등 대통령령으로 정하는 비용

- ③ 제1항에 따라 청약이 철회된 경우 금융상품판매업자등이 일반금융소비자로부터 받은 금전·채화등의 반환은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방법으로 한다.

1. 보장성 상품: 금융상품판매업자등은 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 이미 받은 금전·채화등을 반환하고, 금전·채화등의 반환이 늦어진 기간에 대하여는 대통령령으로 정하는 바에 따라 계산한 금액을 더하여 지급할 것

2. 투자성 상품, 금융상품자문: 금융상품판매업자등은 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 이미 받은 금전·채화등을 반환하고, 금전·채화등의 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: 금융상품판매업자등은 일반금융소비자로부터 제2항제2호에 따른 금전·채화등, 이자 및 수수료를 반환받은 날부터 3영업일 이내에 일반금융소비자에게 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 대출과 관련하여 일반금융소비자로부터 받은 수수료를 포함하여 이미 받은 금전·채화등을 반환하고, 금전·채화등의 반환이 늦어진 기간에 대해서는 대통령령으로 정하는 바에 따라 계산한 금액을 더하여 지급할 것

- ④ 제1항에 따라 청약이 철회된 경우 금융상품판매업자등은 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 청약 철회의 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.

[시행일:2021. 9. 25.] 제46조 중 금융상품자문업자 관련 부분

[금융소비자 보호에 관한 법률 제47조(위법계약의 해지)][시행 2021. 3. 25]

- ① 금융소비자는 금융상품판매업자등이 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 금융상품판매업자등은 해지를 요구받은 날부터 10일 이내에 금융소비자에게 수락여부를 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절사유를 함께 통지하여야 한다.
- ② 금융소비자는 금융상품판매업자등이 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 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.

[시행일:2021. 9. 25.] 제47조 중 금융상품자문업자 관련 부분

[국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률 제6조(등록 및 결정)]

- ① 국가유공자, 그 유족 또는 가족이 되려는 사람(이하 이 조에서 “신청 대상자”라 한다)은 대통령령으로 정하는 바에 따라 국가보훈처장에게 등록을 신청하여야 한다. 다만, 신청 대상자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 국가보훈처 소속 공무원이 신청 대상자의 동의를 받아 등록을 신청할 수 있고, 그 동의를 받은 경우에는 신청 대상자가 등록을 신청한 것으로 본다.
 - 1. 「국가보훈 기본법」 제23조제1항제3호의2에 따라 발굴된 희생·공헌자의 경우
 - 2. 전투 또는 이에 준하는 직무수행 중 상이를 입거나 사망한 경우
 - 3. 그 밖에 대통령령으로 정하는 사유로 직접 등록을 신청할 수 없는 경우
- ② 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」 제4조제1항에 따라 등록을 신청하는 사람에 대하여는 그 등록신청을 한 날에 제1항에 따른 등록을 신청한 것으로 본다.
- ③ 국가보훈처장은 제1항에 따른 등록신청을 받으면 대통령령으로 정하는 바에 따라 제4조 또는 제5조에 따른 요건을 확인한 후 국가유공자, 그 유족 또는 가족에 해당

하는지를 결정한다. 이 경우 제4조제1항제3호부터 제6호까지, 제8호, 제14호 및 제15호의 국가유공자(이하 “전몰군경등”이라 한다)가 되기 위하여 등록을 신청하는 경우에는 그 소속하였던 기관의 장에게 그 요건과 관련된 사실의 확인을 요청하여야 하며, 그 소속하였던 기관의 장은 관련 사실을 조사한 후 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 요건과 관련된 사실을 확인하여 국가보훈처장에게 통보하여야 한다.

- ④ 국가보훈처장은 제3항 전단에 따라 국가유공자, 그 유족 또는 가족에 해당하는 사람으로 결정할 때에는 제74조의5에 따른 보훈심사위원회(이하 “보훈심사위원회”라 한다)의 심의·의결을 거쳐야 한다. 다만, 국가유공자, 그 유족 또는 가족의 요건이 객관적인 사실에 의하여 확인된 경우로서 대통령령으로 정하는 경우에는 보훈심사위원회의 심의·의결을 거치지 아니할 수 있다.
- ⑤ 국가보훈처장은 제4조제1항 각 호(제1호, 제2호 및 제10호는 제외한다)의 어느 하나에 해당하는 적용 대상 국가유공자임에도 불구하고 신청 대상자가 없어 등록신청을 할 수 없는 사람에 대해서는 보훈심사위원회의 심의·의결을 거쳐 국가유공자로 기록하고 예우 및 관리를 할 수 있다.
- ⑥ 제1항부터 제4항까지의 규정은 다른 법률에서 이 법의 예우 등을 받도록 규정된 사람에 대하여도 적용한다.

[장애인복지법 제32조(장애인 등록)]

- ① 장애인, 그 법정대리인 또는 대통령령으로 정하는 보호자(이하 “법정대리인등”이라 한다)는 장애 상태와 그 밖에 보건복지부령이 정하는 사항을 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수 또는 구청장(자치구의 구청장을 말한다. 이하 같다)에게 등록하여야 하며, 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 등록을 신청한 장애인이 제2조에 따른 기준에 맞으면 장애인등록증(이하 “등록증”이라 한다)을 내주어야 한다.
- ② 삭제
- ③ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제1항에 따라 등록증을 받은 장애인의 장애 상태의 변화에 따른 장애 정도 조정을 위하여 장애 진단을 받게 하는 등 장애인이나 법정대리인등에게 필요한 조치를 할 수 있다.
- ④ 장애인의 장애 인정과 장애 정도 사정(査定)에 관한 업무를 담당하게 하기 위하여 보건복지부에 장애판정위원회를 둘 수 있다.
- ⑤ 등록증은 양도하거나 대여하지 못하며, 등록증과 비슷한 명칭이나 표시를 사용하여서는 아니 된다.
- ⑥ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제1항에 따른 장애인 등록 및 제3항에 따른 장애 상태의 변화에 따른 장애 정도를 조정함에 있어 장애인의 장애 인정과 장애 정도 사정이 적정한지를 확인하기 위하여 필요한 경우 대통령령으로 정하는 「공공기관의 운영에 관한 법률」 제4조에 따른 공공기관에 장애 정도에 관한 정밀심사를 의뢰할 수 있다.

⑦ 삭제

⑧ 제1항 및 제3항부터 제6항까지에서 규정한 사항 외에 장애인의 등록, 등록증의 발급, 장애 진단 및 장애 정도에 관한 정밀심사, 장애판정위원회 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

【별표3】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
만기환급금 및 해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 공시이율(보장)*의 50%
		1년초과기간 : 공시이율(보장)*의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

★ 1형(일반심사형)(납입후 표준형환급률 동일지급형) 및 3형(경증간편가입형)(납입후 표준형환급률 동일지급형)의 경우 평균공시이율로 적용합니다.

- 주) 1. 만기환급금은 회사가 보험금의 지급시기 도래 7일 이전에 지급할 사유와 금액을 알리지 않은 경우, 지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간은 공시이율(보장)을 적용한 이자를 지급합니다.
2. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 금리연동형보험은 일자 계산합니다. 단, 제51조(소멸시효)에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 이자를 지급하지 않습니다.
3. 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.

“책임 있는 사유” 예시

계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 정당한 사유 없이 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 조사요청에 동의하지 않는 경우

4. 가산이율 적용시 제9조(보험금 등의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
6. 이 보험의 공시이율(보장)은 회사의 인터넷홈페이지 (www.heungukfire.co.kr)의 “공시실”내 “상품공시/적용이율”에 공시합니다.
7. 약관에서 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때 지급지연 이자 계산예시
 - 예시기준)
 지급보험금 100만원, 보험계약대출이율 4.3%, 지급기일로부터 50일 경과시
 : $100\text{만원} \times (30 \times 4.3\% + 20 \times 8.3\%) / 365 = 8,082 \text{ 원}$
8. 보험사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 「청구일」은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

【별표4-1】 악성신생물(암) 분류표

- ① 약관에서 규정하는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00~C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15~C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30~C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40~C41
5. 흑색종 및 기타 피부의 악성신생물(암)	C43~C44
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45~C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성생식기관의 악성신생물(암)	C51~C58
9. 남성생식기관의 악성신생물(암)	C60~C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64~C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물(암)	C69~C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성신생물(암)	C73~C75
13. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76~C80
14. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81~C96
15. 독립된(일차성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
16. 진성 적혈구 증가증	D45
17. 골수 형성이상 증후군	D46
18. 만성 골수증식 질환	D47.1
19. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
20. 골수섬유증	D47.4
21. 만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

- 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
 - 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
 - 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정으로 질병 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표4-2】 제자리신생물 분류표

- ① 약관에서 규정하는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

1. 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정으로 질병 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표4-3】 행동양식 불명 또는 이상의 신생물 분류표

- ① 약관에서 규정하는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 이상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 이상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 및 이상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 이상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 이상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 이상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 이상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 이상의 신생물	D44
9. 행동양식 불명 및 이상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
10. 미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 이상의 신생물	D47.7
12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 이상의 상세불명의 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 이상의 신생물	D48

1. 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정으로 질병 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표5】 뇌혈관질환 분류표

- ① 약관에 규정하는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 뇌혈관질환 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
1. 거미막하 출혈	I 60
2. 뇌내출혈	I 61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I 62
4. 뇌경색증	I 63
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중	I 64
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I 65
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I 66
8. 기타 뇌혈관 질환	I 67
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애	I 68
10. 뇌혈관 질환의 후유증	I 69

- 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
 - 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.
 - 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표6】 허혈성심질환 분류표

- ① 약관에 규정하는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다. 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 허혈성심질환 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
1. 협심증	I20
2. 급성심근경색증	I21
3. 후속심근경색증	I22
4. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈심장질환	I24
6. 만성 허혈심장병	I25

1. 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표7】 뇌졸중 분류표

- ① 약관에서 규정하는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
1. 거미막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66

1. 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정으로 질병 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표8】 급성심근경색증 분류표

- ① 약관에서 규정하는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
1. 급성심근경색증	I21
2. 후속 심근경색증	I22
3. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

1. 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정으로 질병 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표9】 파킨슨병 분류표

- ① 약관에서 규정하는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
1. 파킨슨병	G20
2. 파킨슨병에서의 치매(G20+)	F02.3

1. 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정으로 질병 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표10】 알츠하이머치매 분류표

약관에 규정하는 “치매로 진단확정되다.”는 것은 다음의 1.과 2.에 모두 해당되는 “치매”임을 정신건강의학과 또는 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의해서 진단확정 받는 경우를 말합니다.

1. 뇌(腦)속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌속에 손상을 입은 경우
2. 정상적으로 성숙한 뇌가 1.에 의한 기질성장해에 의해서 파괴되었기 때문에 한 번 획득한 지능이 지속적으로 또는 전반적으로 저하되는 경우

① 약관에서 규정하는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 알츠하이머병에서의 치매	F00
2. 알츠하이머병	G30

1. 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 알츠하이머치매 분류표에 해당되지 않은 경우에도 미국 정신의학협회에서 정한 정신장애의 진단 및 통계편람 제4판(DSM-IV)에 의거하여 알츠하이머치매 진단을 받은 경우 보장됩니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표11】 혈관성치매 분류표

약관에 규정하는 “치매로 진단확정되다.”는 것은 다음의 1.과 2.에 모두 해당되는 “치매”임을 정신건강의학과 또는 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의해서 진단확정 받는 경우를 말합니다.

1. 뇌(腦)속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌속에 손상을 입은 경우
2. 정상적으로 성숙한 뇌가 1.에 의한 기질성장해에 의해서 파괴되었기 때문에 한 번 획득한 지능이 지속적으로 또는 전반적으로 저하되는 경우

① 약관에서 규정하는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 혈관성 치매	F01

1. 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 혈관성치매 분류표에 해당되지 않은 경우에도 미국 정신의학협회에서 정한 정신장애의 진단 및 통계편람 제4판(DSM-IV)에 의거하여 혈관성치매 진단을 받은 경우 보장됩니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정으로 질병 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표12】 치매 분류표

약관에 규정하는 “치매로 진단확정되다.”는 것은 다음의 1.과 2.에 모두 해당되는 “치매”임을 정신건강의학과 또는 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의해서 진단확정 받는 경우를 말합니다.

1. 뇌(腦)속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌속에 손상을 입은 경우
2. 정상적으로 성숙한 뇌가 1.에 의한 기질성장해에 의해서 파괴되었기 때문에 한 번 획득한 지능이 지속적으로 또는 전반적으로 저하되는 경우

① 약관에서 규정하는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 규정하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 알츠하이머병에서의 치매	F00
2. 혈관성 치매	F01
3. 달리 분류된 기타 질환에서의 치매	F02
4. 상세불명의 치매	F03
5. 치매에 병발된 섬망	F05.1
6. 알츠하이머병	G30

1. 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표13-1】 중증치매 I 분류표

- ① 약관에서 규정하는 중증치매 I 은 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부고시 제2022-136호, 2022. 5. 31시행)" 제5조 별표4의2(중증난치질환자 산정특례 대상) 중 구분6에 해당하는 아래의 질병을 말합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
조기발병 알츠하이머병에서의 치매(G30.0†)	F00.0
알츠하이머병 2형(G30.0†)	F00.0
초로성 치매, 알츠하이머형(G30.0†)	F00.0
알츠하이머형의 원발성 퇴행성 치매,초로성 발병(G30.0†)	F00.0
피크병에서의 치매(G31.00†)	F02.0
조기발병을 수반한 알츠하이머병	G30.0
피크병	G31.00
전두측두치매	G31.00
의미변이원발진행실어증	G31.01
비유창원발진행실어증	G31.02
로고페닉원발진행실어증	G31.03
달리 분류되지 않은 원발진행실어증	G31.04
진행성 고립성 실어증	G31.04
루이소체치매(F02.8*)	G31.82

주) 향후 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제5조 별표4의2(중증난치질환자 산정특례 대상) 중 구분6에 해당하는 상병이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

【별표13-2】 중증치매 I 산정특례대상 분류표

- ① 약관에서 규정하는 중증치매 I 산정특례대상은 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2022-136호, 2022. 5. 31시행)" 제5조 별표4의2(중증난치질환자 산정특례 대상) 구분6 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

산정특례대상 및 적용기간	특정기호
"본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제7조(산정특례 등록 신청 등)에 따라 산정특례 대상으로 등록된 중증난치질환자 중 등록일로부터 5년간 【별표13-1】 (중증치매 I 분류표)에 해당하는 상병으로 진료를 받은 경우	V800

주) "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 중증치매 I 산정특례 대상 해당여부는 당시 시행되고 있는 "본인일부부담금산정특례에 관한 기준"에 따라 판단합니다.

【별표14-1】 중증치매Ⅱ 분류표

- ① 약관에서 규정하는 중증치매Ⅱ은 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부고시 제2022-136호, 2022. 5. 31시행)" 제5조 별표4의2(중증난치질환자 산정특례 대상) 중 구분7에 해당하는 아래의 질병을 말합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
만기발병 알츠하이머병에서의 치매(G30.1†)	F00.1
알츠하이머병 1형(G30.1†)	F00.1
알츠하이머형의 원발성 퇴행성 치매, 노년발병(G30.1†)	F00.1
알츠하이머형의 노년성 치매(G30.1†)	F00.1
비정형 또는 혼합형 알츠하이머병에서의 치매(G30.8†)	F00.2
비정형치매, 알츠하이머형(G30.8†)	F00.2
급성 발병의 혈관성 치매	F01.0
다발-경색치매	F01.1
주로 피질성 치매	F01.1
피질하 혈관성 치매	F01.2
혼합형 피질 및 피질하 혈관성 치매	F01.3
만기발병을 수반한 알츠하이머병	G30.1

주) 향후 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제5조 별표4의2(중증난치질환자 산정특례 대상) 중 구분6에 해당하는 상병이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

【별표14-2】 중증치매Ⅱ 산정특례대상 분류표

- ① 약관에서 규정하는 중증치매Ⅱ 산정특례대상은 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2022-136호, 2022. 5. 31시행)" 제5조 별표4의2(중증난치질환자 산정특례 대상) 구분7 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

산정특례대상 및 적용기간	특정기호
"본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제7조(산정특례 등록 신청 등)에 따라 산정특례 대상으로 등록된 중증난치질환자 중 등록일로부터 매년 최대 60일간 【별표14-1】 (중증치매Ⅱ 분류표)에 해당하는 상병과 직접 관련된 외래진료 또는 입원진료를 받은 경우 단, 의료법 제3조제2항제3호라목의 요양병원을 제외한 병원급 이상 의료기관에서 신경과 또는 정신과 전문의가 의료적으로 필요하다고 인정한 경우 60일 추가 인정 ① 치매 및 치매와 직접 관련되어 중증의 의료적 필요가 발생하여 입원 및 외래진료가 필요한 경우 ② 문제행동이 지속적으로 심하여 잦은 통원 혹은 입원치료가 필요한 경우 ③ 급속한 치매 증상의 악화로 의료적 재접근이 필요한 경우 ④ 급성 섬망 상태로 치료가 필요한 경우	V810

주) "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 중증치매Ⅱ 산정특례 대상 해당여부는 당시 시행되고 있는 "본인일부부담금산정특례에 관한 기준"에 따라 판단합니다.

【별표15】 중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상 분류표

- ① 약관에서 규정하는 「중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상」은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2022-136호, 2022. 5. 31시행)」 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

산정특례대상 및 적용기간	특정기호
1. 【별표15-1】(본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병)에 해당하는 상병의 뇌혈관질환자가 해당 상병의 치료를 위하여 【별표 55-2】(본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술)에 해당하는 수술을 받은 경우 최대 30일	V191
2. 【별표15-1】(본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병)에서 160~162에 해당하는 상병의 중증 뇌졸중환자가 급성기에 입원하여 진료를 받은 경우 최대 30일. 단, 【별표15-2】(본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술)에 해당하는 수술을 받지 않은 경우	V268
3. 【별표15-1】(본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병)에서 163에 해당하는 상병의 뇌경색증환자가 증상 발생 24시간 이내에 병원에 도착하여 입원진료 중 NIHSS가 5점 이상인 경우 최대 30일. 단, 【별표15-2】(본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술)에 해당하는 수술을 받지 않은 경우	V275

- 주) 1. NIHSS란, National Institutes of Health Stroke Scale 의 약자로 의료 제공자가 뇌졸중으로 인한 손상을 객관적으로 정량화하는데 사용하는 도구입니다.
 2. 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 중증질환자 뇌혈관질환 산정특례 대상 해당여부는 당시 시행되고 있는 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 판단합니다.

【별표15-1】 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 상병

- ① 약관에서 규정하는 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2022-136호, 2022. 5. 31시행)」 제4조 별표 3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨1]에 해당하는 아래의 상병을 말합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
뇌혈관질환	I60~I67
경동맥의 동맥류 및 박리	I72.0
후천성 동정맥루	I77.0
순환계통의 기타 선천기형	Q28.0 ~ Q28.3
두개내손상	S06

주) 향후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조에 해당하는 상병이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

【별표15-2】 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술

- ① 약관에서 규정하는 본인일부부담금 산정특례 뇌혈관질환의 수술은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2022-136호, 2022. 5. 31시행)」 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨1]에 해당하는 아래의 수술을 말합니다.

내 용	수가코드
혈중제거를 위한 개두술	S4621,S4622
뇌동맥류수술	S4641,S4642
뇌동정맥기형적출술	S4653~S4658
두개강내 혈관문합술	S4661,S4662
단락술 또는 측로조성술	S4711~S4715
뇌엽절제술	S4780
뇌 기저부 수술	S4801~S4803
중추신경계정위수술 -혈중제거	S4756
경피적풍선혈관성형술	M6593,M6594, M6597
경피적뇌혈관악물성형술	M6599
경피적혈관내 금속스텐트삽입술	M6601,M6602, M6605
경피적혈전제거술	M6630,M6632, M6635,M6636, M6637,M6639
혈관색전술	M1661~M1667, M6644
천두술	N0322~N0324
개두술 또는 두개절제술	N0333
혈관내 죽종제거술	O0226,O0227, O2066
경동맥결찰술	S4670
뇌내시경수술	S4744
뇌 정위적 방사선수술	HD113~HD115

주) 향후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조에 해당하는 상병이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

【별표16】 중증질환자(심장) 산정특례대상 분류표

- ① 약관에서 규정하는 「중증질환자(심장) 산정특례대상」은 「본인일부부담금 산정 특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2022-136호, 2022. 5. 31시행)」 제4조 별표 3(중증질환자 산정특례 대상) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

산정특례대상 및 적용기간	특정기호
【별표16-1】(본인일부부담금 산정특례 심장질환의 상병)에 해당하는 상병의 심장질환자가 해당 상병의 치료를 위하여 【별표16-2】(본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술)에 해당하는 수술 또는 【별표16-3】(본인일부부담금 산정특례 심장질환의 약제성분)에 해당하는 약제를 투여받은 경우 최대 30일. 단, 【별표16-1】(본인일부부담금 산정특례 심장질환의 상병)에 해당하는 상병 중 복잡 선천성 심기형질환자 또는 【별표16-2】(본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술)에 해당하는 수술 중 심장이식술을 받은 경우 최대 60일	V192

- 주) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 중증질환자 심장질환 산정특례 대상 해당여부는 당시 시행되고 있는 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 판단합니다.

【별표16-1】 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 상병

- ① 약관에서 규정하는 본인일부부담금 산정특례 심장질환은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2022-362호, 2022. 5. 31시행)」 제4조 별표3 (중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨2]에 해당하는 아래의 상병을 말합니다.

대 상 이 되 는 질 병	분류번호
심장의 양성 신생물	D15.1
심장 침범이 있는 류마티스열	I01
만성 류마티스심장질환	I05~I09
허혈심장질환	I20~I25
폐성 심장병 및 폐순환의 질환	I26, I28
기타 형태의 심장병	I30~I51
대동맥의죽상경화증	I70.0
대동맥동맥류 및 박리	I71
달리 분류된 질환에서의 동맥, 세동맥 및 모세혈관의 장애	I79.0, I79.1
대동맥궁증후군[다까야수]	M31.4
순환계통의 선천기형	Q20~Q25
대정맥혈관의 선천기형	Q26.0~Q26.4, Q26.8,Q26.9
흉부 혈관의 손상, 심장의 손상	S25~S26

주) 향후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조에 해당하는 상병이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

【별표16-2】 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술

- ① 약관에서 규정하는 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 수술은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2022-136호, 2022. 5. 31시행)」 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨2]에 해당하는 아래의 수술을 말합니다.

내 용	수가코드
동맥관 우회로 조성술	OA640,OA641, OA647~OA649, O1640~O1641, O1643~O1649
심장 창상봉합술	O1660
동맥관개존폐쇄술	O1671, O1672
대동맥축착증수술	O1680
폐쇄식 승모판 교련 절개술	O1690
심혈관단락술	O1701, O1702
폐동맥결찰술	O1703, O1704
심방중격결손조성술	O1705
심방, 심실중격결손증수술	O1710, O1711, O1721~O1723
판막협착증수술	O1730, O1740, O1750, O1760
심방중격결손증 겸 폐동맥판협착증수술	O1770
판막성형술	O1781~O1784
인공판막치환술	O1791~O1793, O1797
인공판막재치환술	O1794~O1796, O1798
비봉합 대동맥판막치환술	O1799
활로씨 4 증후군 근본수술	O1800
심실중격결손증 겸 폐동맥판협착증수술	O1810
심내막상결손증 수술	O1821, O1822
좌심실류절제술	O1823
좌심실용적축소성형술	O1824
좌심실, 우심실 유출로 성형술	O1825, O1826
관상동맥 내막절제술	O1830
발살바동 동맥류파열수술	O1840

동정맥기형교정술	O1841
기타 복잡기형에 대한 심장수술	O1851, O1852
좌우폐동맥 성형술	O1861
기능적 단심실증 교정술	O1873, O1874
라스텔리씨수술	O1875
총 폐정맥 환류이상증 수술	O1878
대혈관전위증 수술	O1879
심실 보조장치 치료술	O0881, O0882, O0883, O0886, O0887, O0888, O0889
인공심폐순환	O1890
개흉심장마사지	O1895
부분체외순환	O1901~O1902
체외순환막형산화요법	O1903~O1904, O1907
국소관류	O1910
대동맥내풍선펌프	O1921, O1922
심낭루조성술	O1931
심낭창형성술	O1932, O1935
심막절제술	O1940
폐동맥혈전제거술	O1950
대동맥-폐동맥 창 폐쇄술	O1960
심내이물제거술	O1970
심장종양제거술	O1981, O1982
심박기거치술	O2001, O2004, O2005, O2009, O0203~O0210, O0241~O0243
부정맥수술	O2006, O2007
심율동전환 제세동기거치술	O0211, O0212, O2211, O2212
동맥류 절제술	O2021, O2022, O2031~O2033
혈전제거술-심장	O0260
경피적 동맥관개존 폐쇄술	M6510
경피적 심방중격결손폐쇄술	OZ751
경피적 근성부 심실중격결손 폐쇄술	M6513
경피적 심방중격절개술	M6521, M6522

경피적 심장 판막성형술	M6531~M6533
부정맥의 고주파절제술 및 냉각절제술	M6541~M6543, M6546~M6548, M6550 및 M0651, M0652
경피적 관상동맥확장술	M6551,M6552, M6553,M6554
경피적 관상동맥스텐트삽입술	M6561~M6564, M6565~M6567
경피적 관상동맥죽상반절제술	M6571,M6572
경피적 대동맥판삽입	M6580,M6581, M6582
경피적 폐동맥판 삽입술	M6585
경피적 풍선혈관성형술	M6595~M6597
경피적 혈관내 금속스텐트삽입술	M6603~M6605
경피적 혈관내 스텐트-이식설치술	M6611~M6613
경피적 혈관내 죽종제거술	M6620
경피적 혈전제거술	M6632,M6634, M6638,M6639
혈관색전술	M6644
심장이식술	Q8080
심장 및 폐이식술	Q8103

주) 향후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조에 해당하는 상병이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

【별표16-3】 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 약제성분

- ① 약관에서 규정하는 본인일부부담금 산정특례 심장질환의 약제성분은 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2022-136호, 2022. 5. 31시행)」 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상)에서 [별첨2]에 해당하는 아래의 약제성분을 말합니다.

약제성분명	주사제
Alteplase	주사제
Tenecteplase	주사제
Urokinase	주사제

주) 향후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조에 해당하는 상병이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.

【별표17】 희귀질환자 산정특례대상 분류표

- ① 약관에서 규정하는 희귀질환자 산정특례대상은 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2022-136호, 2022. 5. 31시행)" 제5조 별표4(희귀질환자산정특례 대상)으로 다음에 해당하는 경우를 말합니다.
- ② "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제7조(산정특례 등록 신청 등)에 따라 산정특례 대상으로 등록된 희귀질환자가 등록일로부터 5년간 아래에 해당하는 상병으로 진료는 받은 경우를 말합니다.

구분	상병명	상병코드	특정기호
1	혈우병 환자가 항응고인자·동결침전제 등의 약제 및 기타 혈우병 치료를 받은 당일 외래진료 또는 해당 치료 관련 입원 진료		
	유전성 제8인자결핍	D66	V009
	제8인자결핍(기능적 결함을 동반)	D66	V009
	혈우병 NOS	D66	V009
	A형혈우병	D66	V009
	고전적 혈우병	D66	V009
	유전성 제9인자결핍	D67	V009
	크리스마스병	D67	V009
	제9인자결핍(기능적 결함을 동반)	D67	V009
	혈장트롬보플라스틴성분결핍	D67	V009
	B형혈우병	D67	V009
	폰빌레브란트병	D68.0	V009
	혈관혈우병(Angiohaemophilia)	D68.0	V009
	혈관결손이 있는 제8인자결핍	D68.0	V009
	혈관혈우병(Vascular haemophilia)	D68.0	V009
	유전성 제11인자결핍	D68.1	V009
	C형혈우병	D68.1	V009
	혈장트롬보플라스틴전구물질결핍	D68.1	V009
	기타 응고인자의 유전성 결핍	D68.2	V009
	선천성 무피브리노겐혈증	D68.2	V009
	AC글로불린결핍	D68.2	V009
	프로악셀레린결핍	D68.2	V009
	제1인자[피브리노젠]의 결핍	D68.2	V009
	제2인자[프로트롬빈]의 결핍	D68.2	V009
	제5인자[불안정]의 결핍	D68.2	V009
	제7인자[안정]의 결핍	D68.2	V009
	제10인자[스튜어트-프라워]의 결핍	D68.2	V009
	제12인자[하게만]의 결핍	D68.2	V009

구분	상병명	상병코드	특정기호
	제13인자[피브리노겐]의 결핍	D68.2	V009
	이상피브리노겐혈증(선천성)	D68.2	V009
	저프로콘버틴혈증	D68.2	V009
	오우렌병	D68.2	V009
2	아래의 상병을 갖고 있는 환자가 해당 상병 관련 진료를 받은 당일 외래진료 또는 입원진료		
	크로이츠펠트-야콥병	A81.0	V102
	아급성 해면모양뇌병증	A81.0	V102
	가족성선종성폴립증	D12.6 (M8220/0)	V281
	포도당-6-인산탈수소효소결핍에 의한 빈혈	D55.0	V163
	잠두중독	D55.0	V163
	G6PD결핍빈혈	D55.0	V163
	해당효소의 장애에 의한 빈혈	D55.2	V164
	용혈성 비구상적혈구성 (유전성) II형 빈혈	D55.2	V164
	헥소카이네이스결핍빈혈	D55.2	V164
	피루브산염카이네이스결핍빈혈	D55.2	V164
	삼탄당인산염이성화효소결핍빈혈	D55.2	V164
	알파지중해빈혈	D56.0	V232
	베타지중해빈혈	D56.1	V232
	쿠울리빈혈	D56.1	V232
	중증 베타지중해빈혈	D56.1	V232
	중간형 지중해빈혈	D56.1	V232
	중증 지중해빈혈	D56.1	V232
	델타-베타지중해빈혈	D56.2	V232
	지중해빈혈 소질	D56.3	V232
	태아헤모글로빈의 유전적 존속	D56.4	V232
	비정형 용혈-요독증후군	D59.3	V219
	발작성 야간헤모글로빈뇨	D59.5	V187
	만성 후천성 순수적혈구무형성	D60.0	V023
	원발성 무형성(순수)적혈구	D61.0	V023
	가족성 저형성빈혈	D61.0	V023
	판코니빈혈	D61.0	V023
	블랙판-다이아몬드증후군	D61.0	V023
	영아 무형성(순수)적혈구	D61.0	V023
	기형을 동반한 범혈구감소증	D61.0	V023
	체질성 무형성빈혈	D61.0	V023
	선천성 무형성(순수)적혈구	D61.0	V023

구분	상병명	상병코드	특정기호
	특발성 무형성빈혈	D61.3	V023
	골수형성저하	D61.9	V023
	범골수항폐	D61.9	V023
	저형성빈혈 NOS	D61.9	V023
	선천성 적혈구조혈이상빈혈	D64.4	V220
	이상조혈성 빈혈(선천성)	D64.4	V220
	항인지질증후군	D68.6	V253
	정성적 혈소판결손	D69.1	V106
	베르나르-술리에[거대혈소판]증후군	D69.1	V106
	글란즈만병	D69.1	V106
	그레이혈소판증후군	D69.1	V106
	혈소판무력증(출혈성)(유전성)	D69.1	V106
	혈소판병증	D69.1	V106
	에반스증후군	D69.3	V188
	선천성 무과립구증	D70	V108
	선천성 호중구감소	D70	V108
	영아 유전성 무과립구증	D70	V108
	무과립구증	D70	V108
	무과립구성 안지나	D70	V108
	호중구감소 NOS	D70	V108
	주기성 호중구감소	D70	V108
	코스트만병	D70	V108
	순환성 호중구감소	D70	V108
	호중구감소성 비장비대	D70	V108
	베르너-슐츠병	D70	V108
	선천성 이상식작용증	D71	V109
	만성 (소아기) 육아종성 질환	D71	V109
	다형핵호중구의 기능장애	D71	V109
	진행성 패혈성 육아종증	D71	V109
	세포막수용체복합체[CR3]결손	D71	V109
	혈구탐식성 림프조직구증	D76.1	V110
	가족성 혈구탐식세망증	D76.1	V110
	단핵탐식세포의 조직구증	D76.1	V110
	세망조직구증(거대세포)	D76.3	V110
	심한 림프선병증을 동반한 동조직구증	D76.3	V110
	X-연관무감마글로불린혈증[브루튼](성장호르몬 결핍을 동반)	D80.0	V111
	보통염색체열성 무감마글로불린혈증(스위스형)	D80.0	V111

구분	상병명	상병코드	특정기호
	유전성 저감마글로불린혈증	D80.0	V111
	원발성 무감마글로불린혈증	D80.0	V111
	공통가변성 무감마글로불린혈증	D80.1	V111
	저감마글로불린혈증 NOS	D80.1	V111
	비가족성 저감마글로불린혈증	D80.1	V111
	면역글로불린을 지닌 B-림프구가 있는 무감마글로불린혈증	D80.1	V111
	면역글로불린A의 선택적 결핍	D80.2	V111
	면역글로불린G 서브클래스의 선택적 결핍	D80.3	V111
	면역글로불린M의 선택적 결핍	D80.4	V111
	면역글로불린M의 증가를 동반한 면역결핍	D80.5	V111
	거의 정상인 면역글로불린 또는 고면역글로불린혈증을 동반한 항체결핍	D80.6	V111
	항체결손이 현저한 기타 면역결핍	D80.8	V111
	카파경쇄결핍	D80.8	V111
	세망세포발생이상을 동반한 중증복합면역결핍	D81.0	V111
	T- 및 B-세포수가 감소된 중증복합면역결핍	D81.1	V111
	B-세포수가 정상이거나 감소된 중증복합면역결핍	D81.2	V111
	아데노신탈아미노효소결핍	D81.3	V111
	네젤로프증후군	D81.4	V111
	퓨린뉴클레오사이드인산화효소결핍	D81.5	V111
	주조직적합성복합체 I 형결핍	D81.6	V111
	노출림프구증후군	D81.6	V111
	주조직적합성복합체 II 형결핍	D81.7	V111
	바이오틴-의존카복실레이스결핍	D81.8	V111
	오멘증후군	D81.8	V111
	중증복합면역결핍장애 NOS	D81.9	V111
	혈소판감소 및 습진을 동반한 면역결핍	D82.0	V111
	비스코트-얼드리치증후군	D82.0	V111
	디쵸지증후군	D82.1	V111
	흉선성 림프조직무형성	D82.1	V111
	면역결핍을 동반한 흉선무형성 또는 형성저하	D82.1	V111
	인두낭증후군	D82.1	V111
	짧은사지체구를 동반한 면역결핍	D82.2	V111
	엡스타인-바르바이러스에 대한 유전성 결손반응에 따른 면역결핍	D82.3	V111
	X-연관 림프증식성 질환	D82.3	V111

구분	상병명	상병코드	특정기호
	고면역글로불린E증후군	D82.4	V111
	B-세포 수 및 기능의 현저한 이상에 의한 공통 가변성 면역결핍	D83.0	V111
	현저한 면역조절T-세포장애에 의한 공통 가변성 면역결핍	D83.1	V111
	B- 또는 T-세포에 대한 자가항체를 동반한 공통 가변성 면역결핍	D83.2	V111
	림프구기능항원-1결손	D84.0	V111
	C1에스테라이스억제인자결핍	D84.1	V111
	보체계통의 결손	D84.1	V111
	폐의 사르코이드증	D86.0	V111
	림프절의 사르코이드증	D86.1	V111
	림프절의 사르코이드증을 동반한 폐의 사르코이드증	D86.2	V111
	피부의 사르코이드증	D86.3	V111
	사르코이드관절병증(M14.8*)	D86.8	V111
	사르코이드심근염(I41.8*)	D86.8	V111
	사르코이드근염(M63.3*)	D86.8	V111
	포도막귀밀샘염	D86.8	V111
	사르코이드증에서의 홍채섬모체염(H22.1*)	D86.8	V111
	기타 및 복합부위의 사르코이드증	D86.8	V111
	사르코이드증에서의 다발성 뇌신경마비(G53.2*)	D86.8	V111
	한랭글로불린혈증성 혈관염	D89.1	V294
	말단비대증 및 뇌하수체거인증	E22.0	V112
	말단비대증과 관련된 관절병증 (M14.5*)	E22.0	V112
	성장호르몬의 과잉생산	E22.0	V112
	쉬한증후군	E23.0	V165
	콜만증후군	E23.0	V165
	뇌하수체 부신피질자극호르몬의 과다생산	E24.0	V114
	뇌하수체-의존 쿠싱병	E24.0	V114
	뇌하수체-의존 부신피질기능항진증	E24.0	V114
	넬슨증후군	E24.1	V114
	이소성 부신피질자극호르몬증후군	E24.3	V114
	효소결핍과 관련된 선천성 부신생식기장애	E25.0	V115
	염류소실 선천성 부신증식증	E25.0	V115
	선천성 부신증식증	E25.0	V115
	21-수산화효소결핍	E25.0	V115
	부신생식기증후군 NOS	E25.9	V115

구분	상병명	상병코드	특정기호
	바터증후군	E26.8	V254
	원발성 부신피질부전	E27.1	V116
	애디슨병	E27.1	V116
	자가면역성 부신염	E27.1	V116
	가족성 부신피질코이드결핍	E27.1	V116
	애디슨발증	E27.2	V116
	부신피질발증	E27.2	V116
	부신발증	E27.2	V116
	부신출혈	E27.4	V116
	부신경색증	E27.4	V116
	저알도스테론증	E27.4	V116
	부신피질부전 NOS	E27.4	V116
	송과선 기능이상	E34.8	V166
	조로증	E34.8	V166
	활동성 구루병	E55.0	V207
	영아골연화증	E55.0	V207
	연소성 골연화증	E55.0	V207
	고전적 페닐케톤뇨증	E70.0	V117
	기타 고페닐알라닌혈증	E70.1	V117
	타이로신대사장애	E70.2	V117
	타이로신혈증	E70.2	V117
	타이로신증	E70.2	V117
	조직흑갈병	E70.2	V117
	알카톤뇨증	E70.2	V117
	눈피부백색증	E70.3	V117
	눈백색증	E70.3	V117
	교차증후군	E70.3	V117
	체디아크(-스타인브링크)-히가시증후군	E70.3	V117
	헤르만스키-푸들라크증후군	E70.3	V117
	바르덴브르그 증후군(백색증을동반한)	E70.3	V117
	히스티딘대사장애	E70.8	V117
	트립토판대사장애	E70.8	V117
	단풍시럽뇨병	E71.0	V117
	프로피온산혈증	E71.1	V117
	메틸말론산혈증	E71.1	V117
	아이소발레린산혈증	E71.1	V117
	고발린혈증	E71.1	V117
	고류신-이소류신혈증	E71.1	V117

구분	상병명	상병코드	특정기호
	지방산대사장애	E71.3	V117
	부신백질디스트로피[애디슨-윌더]	E71.3	V117
	근육카르니틴팔미틸트랜스퍼레이스결핍	E71.3	V117
	장쇄수산화아실코에이탈수소효소결핍증(VLCAD)	E71.3	V117
	아미노산운반장애	E72.0	V117
	로베증후군	E72.0	V117
	시스틴증	E72.0	V117
	판코니(-드토니)(-드브레)증후군	E72.0	V117
	시스틴뇨증	E72.0	V117
	하르트넵병	E72.0	V117
	시스틴축적병(N29.8*)	E72.0	V117
	유황함유아미노산대사장애	E72.1	V117
	호모시스틴뇨	E72.1	V117
	아황산염산화효소결핍	E72.1	V117
	시스타티오닌뇨증	E72.1	V117
	메타이오닌혈증	E72.1	V117
	고호모시스테인혈증	E72.1	V117
	요소회로대사장애	E72.2	V117
	아르지닌숙신산뇨	E72.2	V117
	시트룰린혈증	E72.2	V117
	아르지닌혈증	E72.2	V117
	고암모니아혈증	E72.2	V117
	라이신 및 하이드록시라이신 대사장애	E72.3	V117
	하이드록시라이신혈증	E72.3	V117
	글루타르산뇨	E72.3	V117
	고라이신혈증	E72.3	V117
	오르니틴대사장애	E72.4	V117
	오르니틴혈증(Ⅰ, Ⅱ형)	E72.4	V117
	오르니틴트랜스카바미라제결핍	E72.4	V117
	글라이신대사장애	E72.5	V117
	사르코신혈증	E72.5	V117
	비케톤고글라이신혈증	E72.5	V117
	고하이드록시프롤린혈증	E72.5	V117
	고프롤린혈증(Ⅰ, Ⅱ형)	E72.5	V117
	감마글루타말회로의 장애	E72.8	V117
	베타아미노산대사장애	E72.8	V117
	선천성 젓당분해효소결핍	E73.0	V117
	글리코젠축적병 1b형 A	E74.0	V117

구분	상병명	상병코드	특정기호
	글리코젠합성효소결핍	E74.0	V117
	코리병	E74.0	V117
	타루이병	E74.0	V117
	폼페병	E74.0	V117
	맥아들병	E74.0	V117
	글리코젠축적병	E74.0	V117
	포르브스병	E74.0	V117
	폰기에르케병	E74.0	V117
	간인산화효소결핍	E74.0	V117
	허스병	E74.0	V117
	심장글리코젠증	E74.0	V117
	안데르센병	E74.0	V117
	갈락토스혈증	E74.2	V117
	갈락토스대사장애	E74.2	V117
	갈락토카이네이스결핍	E74.2	V117
	포스포에놀피루브산염카르복시카이네이스의 결핍	E74.4	V117
	피루브산염대사 및 포도당산합성 장애	E74.4	V117
	탈수소효소피루브산염의 결핍	E74.4	V117
	카복실레이스피루브산염의 결핍	E74.4	V117
	옥살산뇨	E74.8	V117
	샌드호프병	E75.0	V117
	GM ₂ -강글리오시드증	E75.0	V117
	연소형 GM ₂ -강글리오시드증	E75.0	V117
	테이-삭스병	E75.0	V117
	GM ₂ -강글리오시드증 NOS	E75.0	V117
	성인형 GM ₂ -강글리오시드증	E75.0	V117
	강글리오시드증 NOS	E75.1	V117
	뮤코지질증 IV	E75.1	V117
	GM ₁ -강글리오시드증	E75.1	V117
	GM ₃ -강글리오시드증	E75.1	V117
	파브리(-앤더슨)병	E75.2	V117
	니만-픽병	E75.2	V117
	화버증후군	E75.2	V117
	크라베병	E75.2	V117
	설파테이스결핍	E75.2	V117
	이염성 백질디스트로피	E75.2	V117
	고쉐병	E75.2	V117
	신경세포세로이드라이포푸스신증	E75.4	V117

구분	상병명	상병코드	특정기호
	스필마이어-보그트병	E75.4	V117
	쿠프스병	E75.4	V117
	바텐병	E75.4	V117
	안스키-빌쇼스키병	E75.4	V117
	월만병	E75.5	V117
	대뇌건의		
	콜레스테롤증[밴보게르트-쉐러-엡스타인]	E75.5	V117
	I 형 점액다당류증	E76.0	V117
	혈러증후군	E76.0	V117
	혈러-샤이에증후군	E76.0	V117
	샤이에증후군	E76.0	V117
	II 형 점액다당류증	E76.1	V117
	헌터증후군	E76.1	V117
	모르키오 (-유사)(고전적) 증후군	E76.2	V117
	마로토-라미 (경도)(중증) 증후군	E76.2	V117
	베타-글루쿠론산분해효소결핍	E76.2	V117
	III, IV, VI, VII 형 점액다당류증	E76.2	V117
	산필리포 (B형)(C형)(D형) 증후군	E76.2	V117
	유코지질증III[거짓혈러다발디스트로피]	E77.0	V117
	유코지질증II[I -세포병]	E77.0	V117
	라이소솜효소의 번역후 수정의 결손	E77.0	V117
	푸고스축적증	E77.1	V117
	시알산증[유코지질증 I]	E77.1	V117
	당단백질분해의 결손	E77.1	V117
	아스파르틸글루코사민뇨	E77.1	V117
	마노스축적증	E77.1	V117
	레쉬-니한증후군	E79.1	V221
	유전성 코프로포르피린증	E80.2	V118
	포르피린증 NOS	E80.2	V118
	급성 간혈성 (간성) 포르피린증	E80.2	V118
	구리대사장애	E83.0	V119
	멘케스(꼬인모발)(강모)병	E83.0	V119
	월슨병	E83.0	V119
	혈색소증	E83.1	V255
	산성인산분해효소결핍	E83.3	V189
	가족성 저인산혈증	E83.3	V189
	저인산효소증	E83.3	V189
	비타민D저항골연화증	E83.3	V189

구분	상병명	상병코드	특정기호
	비타민D저항구루병	E83.3	V189
	인대사 및 인산분해효소 장애	E83.3	V189
	폐증상을 동반한 남성 섬유증	E84.0	V120
	장증상을 동반한 남성 섬유증	E84.1	V120
	남성 섬유증에서의 태변장폐색 (P75*)	E84.1	V120
	원위장폐쇄증후군	E84.1	V120
	유전성 아밀로이드 신장병증	E85.0	V121
	비신경병성 유전가족성 아밀로이드증	E85.0	V121
	가족성 지중해열	E85.0	V121
	아밀로이드다발신경병증(포르투갈)	E85.1	V121
	신경병성 유전가족성 아밀로이드증	E85.1	V121
	상세불명의 유전가족성 아밀로이드증	E85.2	V121
	기관한정아밀로이드증	E85.4	V121
	국소적 아밀로이드증	E85.4	V121
	카다실	F01.1	V122
	레트증후군	F84.2	V122
	뇌전증에 동반된 후천성 실어증(失語症)[란다우-클레프너]	F80.3	V256
	헌팅톤병	G10	V123
	헌팅톤무도병	G10	V123
	선천성 비진행성 운동실조	G11.0	V123
	조기발병 소뇌성 운동실조(발병은 보통 20세 이전)	G11.1	V123
	X-연관 열성 척수소뇌성 운동실조	G11.1	V123
	보류된 힘줄반사율(률) 동반한 조기발병 소뇌성 운동실조	G11.1	V123
	마이오클로누스[헌트운동실조]율(률) 동반한 조기발병 소뇌성 운동실조	G11.1	V123
	본태성 떨림율(률) 동반한 조기발병 소뇌성 운동실조	G11.1	V123
	프리드라이히운동실조(보통염색체열성)	G11.1	V123
	만기발병 소뇌성 운동실조(발병은 보통 20세 이후)	G11.2	V123
	DNA복구결손을 수반한 소뇌성 운동실조	G11.3	V123
	모세혈관확장성 운동실조[루이-바]	G11.3	V123
	유전성 강직성 하반신마비	G11.4	V123
	기타 유전성 운동실조	G11.8	V123
	상세불명의 유전성 운동실조	G11.9	V123

구분	상병명	상병코드	특정기호
	유전성 소뇌의 변성	G11.9	V123
	유전성 소뇌의 병	G11.9	V123
	유전성 소뇌의 증후군	G11.9	V123
	유전성 소뇌의 운동실조 NOS	G11.9	V123
	영아척수성 근위축, I형[베르드니히-호프만]	G12.0	V123
	기타 유전성 척수성 근위축	G12.1	V123
	소아기의 진행성 연수마비[파지오-론데]	G12.1	V123
	원위 척수성 근위축	G12.1	V123
	어깨종아리형 척수성 근위축	G12.1	V123
	소아형, II형 척수성 근위축	G12.1	V123
	연소형, III형[쿠겔베르그-벨란더] 척수성 근위축	G12.1	V123
	성인형 척수성 근위축	G12.1	V123
	운동신경세포병 (단, 기타 및 상세불명의 운동신경세포병(G12.28)은 제외)	G12.2	V123
	기타 척수성 근위축 및 관련 증후군	G12.8	V123
	상세불명의 척수성 근위축	G12.9	V123
	할러포르덴-스파츠병	G23.0	V257
	색소성 담창구변성	G23.0	V257
	진행성 핵상안근마비 [스틸-리차드슨-울스제위스키]	G23.1	V190
	아급성 과사성 뇌병증[리이]	G31.81	V208
	다발경화증	G35	V022
	뇌간(~의) 다발경화증	G35	V022
	척수(~의) 다발경화증	G35	V022
	다발경화증 NOS	G35	V022
	전신성(~의) 다발경화증	G35	V022
	파종성(~의) 다발경화증	G35	V022
	시신경척수염[데빅병]	G36.0	V276
	레녹스-가스토증후군	G40.4	V233
	웨스트증후군	G40.4	V233
	긴장-간대성 뇌전증지속상태	G41.0	V125
	대발작 뇌전증지속상태	G41.0	V125
	소발작뇌전증지속상태	G41.1	V125
	뇌전증 압상스지속상태	G41.1	V125
	복합부분뇌전증지속상태	G41.2	V125
	기타 뇌전증지속상태	G41.8	V125
	상세불명의 뇌전증지속상태	G41.9	V125
	발작수면 및 허탈발작	G47.4	V234

구분	상병명	상병코드	특정기호
	멜커슨증후군	G51.2	V167
	멜케르손-로젠탈증후군	G51.2	V167
	데제린-소타스병	G60.0	V169
	루시-레비증후군	G60.0	V169
	영아기의 비대성 신경병증	G60.0	V169
	유전성 운동 및 감각 신경병증 I-IV형	G60.0	V169
	유전성 운동 및 감각 신경병증	G60.0	V169
	샤르코-마리-투스질환	G60.0	V169
	비골근위축(축삭형, 비대형)	G60.0	V169
	길랭-바레증후군	G61.0	V126
	밀러휘셔증후군	G61.0	V126
	다초점 운동신경병증	G61.8	V126
	만성 염증성 탈수초성 다발신경병증	G61.8	V126
	중증근무력증	G70.0	V012
	선천성 및 발달성 근무력증	G70.2	V012
	조기수축을 동반하는 양성 어깨종아리[에머리-드라이프스] 근디스트로피	G71.0	V012
	뒤췌 또는 베커와 유사한 보통염색체열성, 소아형 근디스트로피	G71.0	V012
	눈 근디스트로피	G71.0	V012
	어깨종아리 근디스트로피	G71.0	V012
	근디스트로피	G71.0	V012
	중증[뒤췌] 근디스트로피	G71.0	V012
	양성[베커] 근디스트로피	G71.0	V012
	눈인두성 근디스트로피	G71.0	V012
	지대 근디스트로피	G71.0	V012
	원위성 근디스트로피	G71.0	V012
	얼굴어깨팔 근디스트로피	G71.0	V012
	근긴장장애	G71.1	V012
	거짓근긴장증	G71.1	V012
	신경근육긴장[아이작스]	G71.1	V012
	증상성 근긴장증	G71.1	V012
	선천성 근긴장증 NOS	G71.1	V012
	열성[베커] 선천성 근긴장증	G71.1	V012
	우성[툼슨] 선천성 근긴장증	G71.1	V012
	연골형성장애성 근긴장증	G71.1	V012
	근긴장디스트로피[스타이너트]	G71.1	V012
	선천성 이상근긴장증	G71.1	V012

구분	상병명	상병코드	특정기호
	다발심 병	G71.2	V012
	선천성 근병증	G71.2	V012
	근섬유의 특정 형태이상을 동반한 선천성 근디스트로피(G71.2)	G71.2	V012
	미세심 병	G71.2	V012
	네말린근병증	G71.2	V012
	선천성 근디스트로피 NOS	G71.2	V012
	근세관성 (중심핵성) 근병증	G71.2	V012
	중심핵 병	G71.2	V012
	근섬유형 불균형	G71.2	V012
	달리 분류되지 않은 미토콘드리아근병증	G71.3	V012
	멜라스증후군	G71.3	V012
	유전성 근병증 NOS	G71.9	V012
	주기마비(가족성) 저칼륨혈성	G72.3	V258
	람베르트-이튼증후군(C00-D48†)	G73.1*	V259
	복합부위통증증후군 I형	G90.5	V177
	복합부위통증증후군 II형	G90.6	V168
	척수공동증 및 연수공동증	G95.0	V172
	원추각막	H18.6	V307
	맥락막결손	H31.2	V295
	코초망막병증	H35.0	V260
	색소망막염	H35.51	V209
	스타르가르트병	H35.58	V209
	레베르선천성흑암시	H35.59	V209
	상세불명의 유전성 망막디스트로피	H35.59	V209
	컨스-세이어증후군	H49.8	V261
	원발성 폐동맥고혈압	I27.0	V202
	아이젠멘저복합	I27.8	V226
	아이젠멘저증후군	I27.8	V226
	비가역적 확장성 심근병증	I42.0	V127
	폐색성 비대성 심근병증	I42.1	V127
	비대성 대동맥판하협착	I42.1	V127
	비폐색성 비대성 심근병증	I42.20	V127
	심내막심근(호산구성)병	I42.3	V127
	심내막심근(열대성)섬유증	I42.3	V127
	로플러심내막염	I42.3	V127
	심내막탄력섬유증	I42.4	V127
	선천성 심근병증	I42.4	V127

구분	상병명	상병코드	특정기호
	긴QT증후군	I49.82	V296
	모야모야병	I67.5	V128
	폐색혈전혈관염[버거병]	I73.1	V129
	유전성 출혈성 모세혈관확장증	I78.0	V297
	랑뒤-오슬러-웨버병	I78.0	V235
	버드-키아리증후군	I82.0	V173
	폐포단백질증	J84.0	V222
	특발성 폐섬유증	J84.1	V236
	소장의 크론병	K50.0	V130
	대장의 크론병	K50.1	V130
	소장 및 대장 모두의 크론병	K50.8	V130
	원발성 담즙성 경변증	K74.3	V174
	자가면역성 간염	K75.4	V175
	원발성 담관염/경화성 담관염(두 상병 진단기준 모두 충족하는 경우)	K83.0	V262
	보통천포창	L10.0	V132
	낙엽천포창	L10.2	V210
	수포성 유사천포창	L12.0	V211
	홍터유사천포창	L12.1	V212
	양성 점막유사천포창	L12.1	V212
	후천성 수포성 표피박리증	L12.3	V176
	중증 화농성 한선염	L73.22	V309
	성인발병 스틸병	M06.1	V298
	류마티스인자가 있거나 없는 연소성 류마티스관절염	M08.0	V133
	연소성 류마티스관절염	M08.0	V133
	연소성 강직척추염	M08.1	V133
	전신적으로 발병된 연소성 관절염	M08.2	V133
	(혈청검사음성인) 연소성 다발관절염	M08.3	V133
	만성 연소성 다발관절염	M08.3	V133
	결절성 다발동맥염	M30.0	V134
	폐침범을 동반한 다발동맥염[처그-스트라우스]	M30.1	V134
	연소성 다발동맥염	M30.2	V134
	굿파스쳐증후군	M31.0	V135
	혈전성 혈소판감소성 자반	M31.1	V135
	혈전성 미세혈관병증	M31.1	V135
	베게너육아종증	M31.3	V135
	괴사성 호흡기육아종증	M31.3	V135

구분	상병명	상병코드	특정기호
	대동맥궁증후군[다카야수]	M31.4	V135
	현미경적 다발동맥염	M31.7	V238
	기관 또는 계통 침범을 동반한 전신홍반루푸스	M32.1	V136
	심내막염 동반 전신홍반루푸스(I39.8*)	M32.1	V136
	리브만-삭스병(I39.0*)	M32.1	V136
	루푸스 심장낭염(I32.8*)	M32.1	V136
	폐침범 동반 전신홍반루푸스(J99.1+)	M32.1	V136
	사구체질환 동반 전신홍반루푸스(N08.5*)	M32.1	V136
	세뇨관-간질신장병증 동반 전신홍반루푸스(N16.4*)	M32.1	V136
	신장침범 동반 전신홍반루푸스(N08.5*, N16.4*)	M32.1	V136
	전신홍반루푸스에서의 뇌염(G05.8*)	M32.1	V136
	전신홍반루푸스에서의 근병증(G73.7*)	M32.1	V136
	전신홍반루푸스에서의 대뇌동맥염(I68.2*)	M32.1	V136
	연소성 피부근염	M33.0	V137
	기타 피부근염	M33.1	V137
	다발근염	M33.2	V137
	진행성 전신경화증	M34.0	V138
	크레스트증후군	M34.1	V138
	석회증, 레이노현상, 식도기능장애, 경지증(硬指症), 모세혈관확장의 조합	M34.1	V138
	폐침범을 동반한 전신경화증(J99.1*)	M34.8	V138
	근병증을 동반한 전신경화증(G73.7*)	M34.8	V138
	근병증을(를) 동반한 췌그렌증후군(G73.7*)	M35.0	V139
	폐침범을(를) 동반한 췌그렌증후군(J99.1*)	M35.0	V139
	건조증후군[췌그렌]	M35.0	V139
	각막결막염을(를) 동반한 췌그렌증후군(H19.3*)	M35.0	V139
	신세뇨관-간질성 장애을(를) 동반한 췌그렌증후군(N16.4*)	M35.0	V139
	혼합결합조직병	M35.1	V139
	베체트병	M35.2	V139
	류마티스성 다발근통	M35.3	V139
	미만성(호산구성) 근막염	M35.4	V139
	다초점 섬유경화증	M35.5	V139
	재발성 지방층염[웨버-크리스찬]	M35.6	V139
	진행성 골화섬유형성이상	M61.1	V224
	두개골의 파젯병	M88.0	V213
	기타 뼈의 파젯병	M88.8	V213

구분	상병명	상병코드	특정기호
	상세불명의 뼈의 파궤병	M88.9	V213
	수근반달뼈의 골연골증(연소성) [킨빅]	M92.2	V299
	성인의 킨빅병	M93.1	V299
	재발성 다발연골염	M94.1	V178
	소사구체이상을 동반한 선천성 신증후군	N04.0	V263
	최소변화병변을 동반한 선천성 신증후군	N04.0	V263
	초점성 및 분절성 사구체병변을 동반한 선천성 신증후군	N04.1	V263
	초점성 및 분절성 유리질증을 동반한 선천성 신증후군	N04.1	V263
	초점성 및 분절성 경화증을 동반한 선천성 신증후군	N04.1	V263
	초점성 사구체신염을 동반한 선천성 신증후군	N04.1	V263
	미만성 막성 사구체신염을 동반한 선천성 신증후군	N04.2	V263
	미만성 메산지음 증식성 사구체신염을 동반한 선천성 신증후군	N04.3	V263
	미만성 모세혈관내 증식성 사구체신염을 동반한 선천성 신증후군	N04.4	V263
	미만성 메산지음 모세혈관성 사구체신염을 동반한 선천성 신증후군	N04.5	V263
	막증식성 사구체신염, 1형, 3형 또는 NOS를 동반한 선천성 신증후군	N04.5	V263
	고밀도침착병을 동반한 선천성 신증후군	N04.6	V263
	막증식성 사구체신염, 2형을 동반한 선천성 신증후군	N04.6	V263
	미만성 반월형 사구체신염을 동반한 선천성 신증후군	N04.7	V263
	모세혈관외 사구체신염을 동반한 선천성 신증후군	N04.7	V263
	신장성 요붕증	N25.1	V141
	댄디-워커증후군	Q03.1	V239
	무뇌이랑증	Q04.3	V214
	큰뇌이랑증	Q04.3	V214
	분열뇌증	Q04.6	V240
	수두증을 동반한 이분경추	Q05.0	V179
	수두증을 동반한 이분흉추	Q05.1	V179
	수두증을 동반한 이분흉요추	Q05.1	V179

구분	상병명	상병코드	특정기호
	수두증을 동반한 이분척추	Q05.1	V179
	수두증을 동반한 이분요추	Q05.2	V179
	수두증을 동반한 이분요천추	Q05.2	V179
	수두증을 동반한 이분천추	Q05.3	V179
	수두증을 동반한 상세불명의 이분척추	Q05.4	V179
	수두증이 없는 이분경추	Q05.5	V179
	수두증이 없는 이분흉추	Q05.6	V179
	이분흉요추 NOS	Q05.6	V179
	이분척추 NOS	Q05.6	V179
	이분요천추 NOS	Q05.7	V179
	수두증이 없는 이분요추	Q05.7	V179
	수두증이 없는 이분천골	Q05.8	V179
	상세불명의 이분척추	Q05.9	V179
	척수이개증	Q06.2	V180
	아놀드-키아리증후군	Q07.0	V143
	(외)이도의 선천성 결여, 폐쇄, 협착	Q16.1	V291
	소이증(小耳症)	Q17.2	V291
	총동맥간	Q20.0	V144
	동맥간존속	Q20.0	V144
	타우시그-빙증후군	Q20.1	V144
	이중출구우심실	Q20.1	V144
	이중출구좌심실	Q20.2	V144
	대혈관의 (완전)전위	Q20.3	V144
	심실대혈관연결불일치	Q20.3	V144
	대동맥의 우측전위	Q20.3	V144
	단일심실	Q20.4	V225
	수정혈관전위	Q20.5	V144
	방실연결불일치	Q20.5	V144
	좌측전위	Q20.5	V144
	심실내번	Q20.5	V144
	방실중격결손	Q21.2	V269
	총방실관	Q21.2	V269
	심내막융기결손	Q21.2	V269
	제1공심방중격결손(Ⅰ형)	Q21.2	V269
	팔로네징후	Q21.3	V269
	폐동맥 협착 또는 폐쇄, 대동맥의 우측위치 및 우심실비대를 동반한 심실중격결손	Q21.3	V269
	대동맥폐동맥창	Q21.4	V269

구분	상병명	상병코드	특정기호
	대동맥폐동맥중격결손	Q21.4	V269
	대동맥중격결손	Q21.4	V269
	아이젠멘거결손	Q21.8	V226
	폐동맥판폐쇄	Q22.0	V145
	삼첨판폐쇄	Q22.4	V146
	에브스타인이상	Q22.5	V146
	형성저하성 우심증후군	Q22.6	V146
	대동맥판의 선천협착	Q23.0	V147
	선천성 대동맥판폐쇄	Q23.0	V147
	선천성 대동맥판협착	Q23.0	V147
	이첨대동맥판막	Q23.1	V147
	선천성 대동맥판기능부전	Q23.1	V147
	대동맥판의 선천성 기능부전	Q23.1	V147
	선천성 대동맥판류역류	Q23.1	V147
	선천성 승모판협착	Q23.2	V147
	선천성 승모판폐쇄	Q23.2	V147
	선천성 승모판기능부전	Q23.3	V147
	(승모판 협착 또는 폐쇄와 함께) 상행대동맥의 형성저하와 좌심실의 결손발육을 동반하는 대동맥구멍 및 판막의 폐쇄 또는 현저한 발육부전	Q23.4	V147
	형성저하성 좌심증후군	Q23.4	V147
	대동맥판 및 승모판의 기타 선천기형	Q23.8	V147
	대동맥판 및 승모판의 상세불명의 선천기형	Q23.9	V147
	선천성 대동맥판협착	Q24.4	V270
	관상동맥혈관의 기형	Q24.5	V148
	선천성 관상동맥류	Q24.5	V148
	선천성 심장차단	Q24.6	V271
	대동맥의 축착	Q25.1	V272
	대동맥의 축착(관전, 관후)	Q25.1	V272
	대동맥의 폐쇄	Q25.2	V272
	판막상부 대동맥협착	Q25.3	V272
	대동맥의 협착	Q25.3	V272
	폐동맥의 폐쇄	Q25.5	V149
	대정맥의 선천성 협착	Q26.0	V150
	(하)(상)대정맥의 선천성 협착	Q26.0	V150
	좌상대정맥존속	Q26.1	V150
	전폐정맥결합이상	Q26.2	V150
	부분폐정맥결합이상	Q26.3	V150

구분	상병명	상병코드	특정기호
	상세불명의 폐정맥결합이상	Q26.4	V150
	문맥결합이상	Q26.5	V150
	문맥-간동맥루	Q26.6	V150
	무설증(無舌症)	Q38.3	V241
	담관의 폐쇄	Q44.2	V181
	다낭성 신장, 보통염색체열성	Q61.1	V264
	다낭성 신장, 영아형	Q61.1	V264
	방광외반	Q64.1	V227
	방광이소증	Q64.1	V227
	방광외번	Q64.1	V227
	선천성 다발관절만곡증	Q74.3	V292
	두개골유합	Q75.0	V265
	뿔족머리증(Acrocephaly)	Q75.0	V265
	두개골의 불완전유합	Q75.0	V265
	뿔족머리증(Oxycephaly)	Q75.0	V265
	삼각머리증	Q75.0	V265
	크루존병	Q75.1	V151
	두개안면골이골증	Q75.1	V151
	하악안면골이골증	Q75.4	V182
	프란체스셰티 증후군	Q75.4	V182
	트레처-콜린스 증후군	Q75.4	V182
	연골무발생증	Q77.0	V228
	연골발생저하증	Q77.0	V228
	치사성 단신	Q77.1	V228
	질식성 흉부형성이상[쥐느]	Q77.2	V228
	짧은늑골증후군	Q77.2	V228
	점상 연골형성이상	Q77.3	V228
	어깨고관절 점상 연골형성이상(1형-3형)	Q77.3	V228
	X-연관 우성 연골형성이상	Q77.3	V228
	연골무형성증	Q77.4	V228
	연골형성저하증	Q77.4	V228
	선천성 골경화증	Q77.4	V228
	디스트로피성 형성이상	Q77.5	V228
	엘리스-반크레벨트증후군	Q77.6	V228
	연골외배엽형성이상	Q77.6	V228
	척추골단형성이상	Q77.7	V228
	만발성 척추골단형성이상	Q77.7	V228
	관상골 및 척추의 성장결손을 동반한 기타	Q77.8	V228

구분	상병명	상병코드	특정기호
	골연골형성이상		
	말단왜소 형성이상	Q77.8	V228
	관상골 및 척추의 성장결손을 동반한 상세불명의 골연골형성이상	Q77.9	V228
	불완전골형성	Q78.0	V183
	골취약증(Fragilitas ossium)	Q78.0	V183
	골취약증(Osteopsathyrosis)	Q78.0	V183
	다골성 섬유성 형성이상	Q78.1	V154
	엘브라이트(-맥쿤)(-스텐버그)증후군	Q78.1	V154
	골화석증	Q78.2	V229
	알베르스-쉴베르그증후군	Q78.2	V229
	카무라티-엥겔만증후군	Q78.3	V266
	내연골종증	Q78.4	V230
	마푸치증후군	Q78.4	V230
	올리에르병	Q78.4	V230
	필레증후군	Q78.5	V215
	다발선천외골증	Q78.6	V242
	골간병적조직연결	Q78.6	V242
	유전성 다발외골증	Q78.6	V242
	선천성 횡격막탈장	Q79.0	V155
	횡격막결여	Q79.1	V155
	횡격막 탈출	Q79.1	V155
	횡격막의 기타 선천기형	Q79.1	V155
	횡격막의 선천기형 NOS	Q79.1	V155
	배꼽내장탈장	Q79.2	V155
	선천복벽탈장	Q79.2	V155
	복벽파열증	Q79.3	V155
	말린자두배증후군	Q79.4	V155
	복벽의 기타 선천기형	Q79.5	V155
	엘러스-단로스증후군	Q79.6	V155
	근골격계통의 기타 선천기형	Q79.8	V155
	부근	Q79.8	V155
	선천성 짧은힘줄	Q79.8	V155
	근육의 결여	Q79.8	V155
	폴란드증후군	Q79.8	V155
	힘줄의 결여	Q79.8	V155
	선천성 근위축	Q79.8	V155
	선천성 협착띠	Q79.8	V155

구분	상병명	상병코드	특정기호
	근골격계통의 상세불명의 선천기형	Q79.9	V155
	근골격계통의 선천이상 NOS	Q79.9	V155
	근골격계통의 선천변형 NOS	Q79.9	V155
	X—연관비늘증	Q80.1	V300
	X—연관비늘증; 스테로이드설파타제결핍	Q80.1	V300
	할리퀸태아	Q80.4	V300
	치사성 수포성 표피박리증	Q81.1	V184
	헤를리츠증후군	Q81.1	V184
	디스트로피성 수포성 표피박리증	Q81.2	V184
	신경섬유종증(비악성)	Q85.0	V156
	폰렉클링하우젠병	Q85.0	V156
	신경섬유종증(비악성) 1형, 2형	Q85.0	V156
	결절성 경화증	Q85.1	V204
	에필로이아	Q85.1	V204
	부르느뷰병	Q85.1	V204
	폰 히펠-린다우 증후군	Q85.8	V216
	포이츠-제거스 증후군	Q85.8	V216
	스터지-베버(-디미트리) 증후군	Q85.8	V216
	(이상형태성) 태아알고올증후군	Q86.0	V157
	고린-사우드리-모스 증후군	Q87.0	V185
	주로 얼굴형태에 영향을 주는 선천기형증후군	Q87.0	V185
	잠복안구증후군	Q87.0	V185
	골덴하 증후군	Q87.0	V185
	로빈 증후군	Q87.0	V185
	첨두다지유합증	Q87.0	V185
	첨두유합지증	Q87.0	V185
	단안증	Q87.0	V185
	외비우스 증후군	Q87.0	V185
	입-얼굴-손발 증후군	Q87.0	V185
	휘파람부는 얼굴	Q87.0	V185
	카펜터 증후군	Q87.0	V185
	드 랑즈 증후군	Q87.1	V158
	두보위츠 증후군	Q87.1	V158
	프라더-윌리 증후군	Q87.1	V158
	로비노-실버만-스미스 증후군	Q87.1	V158
	시클 증후군	Q87.1	V158
	주로 단신과 관련된 선천기형증후군	Q87.1	V158
	아르스코그 증후군	Q87.1	V158

구분	상병명	상병코드	특정기호
	코케인 증후군	Q87.1	V158
	누난 증후군	Q87.1	V158
	러셀-실버 증후군	Q87.1	V158
	스미스-렘리-오피츠 증후군	Q87.1	V158
	쉐그렌-라손 증후군	Q87.1	V158
	루빈스타인-테이비 증후군	Q87.2	V243
	바테르 증후군	Q87.2	V243
	클리펠-트레노우네이-베버 증후군	Q87.2	V243
	홀트-오람 증후군	Q87.2	V243
	손발톱무릎뼈 증후군	Q87.2	V243
	소토스 증후군	Q87.3	V244
	위버 증후군	Q87.3	V244
	마르팡증후군	Q87.4	V186
	알포트 증후군	Q87.8	V267
	로렌스-문(-바르데)-비들 증후군	Q87.8	V267
	젤웨거 증후군	Q87.8	V267
	촛지 증후군	Q87.8	V267
	21삼염색체증, 감수분열비분리	Q90.0	V159
	21삼염색체증, 석임증형(유사분열비분리)	Q90.1	V159
	21삼염색체증, 전위	Q90.2	V159
	21삼염색체증 NOS	Q90.9	V159
	18삼염색체증, 감수분열비분리	Q91.0	V160
	18삼염색체증, 석임증형(유사분열비분리)	Q91.1	V160
	18삼염색체증, 전위	Q91.2	V160
	13삼염색체증, 감수분열비분리	Q91.4	V160
	13삼염색체증, 석임증형(유사분열비분리)	Q91.5	V160
	13삼염색체증, 전위	Q91.6	V160
	13삼염색체증후군	Q91.7	V160
	5번 염색체 단완의 결손	Q93.4	V205
	고양이울음증후군	Q93.4	V205
	캐취22증후군	Q93.5	V217
	엔젤만증후군	Q93.5	V217
	스미스-마제니스 증후군	Q93.5	V217
	윌리엄스 증후군	Q93.5	V217
	핵형45, X	Q96.0	V021
	핵형46, X동인자(Xq)	Q96.1	V021
	동인자(Xq)를 제외한 이상 성염색체를 가진 핵형46, X	Q96.2	V021

구분	상병명	상병코드	특정기호
	석임증, 45, X/46, XX 또는 XY	Q96.3	V021
	석임증, 이상성염색체를 가진 45, X/기타 세포열	Q96.4	V021
	클라인펠터증후군, 핵형 47, XXY	Q98.0	V218
	클라인펠터증후군, 두 개 이상의 X염색체를 가진 남성	Q98.1	V218
	클라인펠터증후군, 핵형 46, XX를 가진 남성	Q98.2	V218
	취약X증후군	Q99.2	V245
3	제7조 제2항에 따른 요양기관을 통해 등록된 극희귀질환자가 해당 상병 관련 진료를 받은 당일 외래진료 또는 입원진료		V900
4	제7조 제2항에 따른 요양기관을 통해 등록된 기타염색체이상질환자가 해당 상병 관련 진료를 받은 당일 외래진료 또는 입원진료		V901
5	제7조 제2항에 따른 요양기관을 통해 등록된 상세불명희귀질환자가 해당 상병 관련 진료를 받은 당일 외래진료 또는 입원진료		V999

- 주) 1. 향후 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제5조 별표4(희귀질환자 산정특례 대상)에 해당하는 질병이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.
2. "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 희귀질환자 산정특례 대상 해당여부는 당시 시행되고 있는 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"에 따라 판단합니다.

【별표18】 중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상 분류표

- ① 약관에서 규정하는 중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상은 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2022-136호, 2022. 5. 31시행)" 제 5조 별표4의2(중증난치질환자 산정특례 대상) 중 구분 1-5에 해당하는 경우를 말합니다.
- ② "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제7조(산정특례 등록 신청 등)에 따라 산정특례 대상으로 등록된 중증난치질환자(중증치매제외)가 등록일로부터 5년간 아래에 해당하는 상병으로 진료는 받은 경우를 말합니다.

구분	상병명	상병코드	특정기호
1	만성신부전증환자의 경우		
	인공신장투석 실시 당일 외래진료 또는 해당 시술 관련 입원진료		V001
	계속적 복막관류술 실시, 복막관류액 수령 당일 외래진료 또는 해당 시술 관련 입원진료		V003
2	혈우병 환자가 항응고인자-동결침전제제 등의 약제 및 기타 혈우병 치료를 받은 당일 외래진료 또는 해당 치료 관련 입원 진료		
	후천성 응고인자결핍	D68.4	V284
	간질환에 의한 응고인자결핍	D68.4	V284
3	장기이식 환자의 경우		
	간 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료		V013
	체장 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료		V014
	심장 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료		V015
	신 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료		V005
	폐 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료		V277
	소장 이식술 및 이와 직접 관련된 입원치료 및 외래진료		V278
4	정신질환자가 해당 상병으로 관련 진료를 받은 당일 외래진료 또는 입원진료		
	편집조현병	F20.0	V161
	편집분열성 조현병	F20.0	V161
	파과형조현병	F20.1	V161

구분	상병명	상병코드	특정기호
	해체성 조현병	F20.1	V161
	파과증	F20.1	V161
	긴장성 조현병	F20.2	V161
	긴장성 혼미	F20.2	V161
	조현병성 카탈렙시	F20.2	V161
	조현병성 긴장증	F20.2	V161
	조현병성 납굴증	F20.2	V161
	미분화조현병	F20.3	V161
	비정형조현병	F20.3	V161
	조현병후우울증	F20.4	V161
	잔류조현병	F20.5	V161
	만성 미분화조현병	F20.5	V161
	레스트추스탄트(조현병성)	F20.5	V161
	조현병성 잔류상태	F20.5	V161
	단순형조현병	F20.6	V161
	기타 조현병	F20.8	V161
	체감장애조현병	F20.8	V161
	조현양상장애 NOS	F20.8	V161
	조현양상정신병 NOS	F20.8	V161
	상세불명의 조현병	F20.9	V161
	조현형장애	F21	V161
	잠재 조현병성 반응	F21	V161
	경계성 조현병	F21	V161
	잠재성 조현병	F21	V161
	전정신병적 조현병	F21	V161
	전구성 조현병	F21	V161
	거짓신경증성 조현병	F21	V161
	거짓정신병증성 조현병	F21	V161
	조현형인격장애	F21	V161
	망상장애	F22.0	V161
	편집증	F22.0	V161
	편집증정신병	F22.0	V161
	편집증상태	F22.0	V161
	망상분열증(만기의)	F22.0	V161
	민감망상	F22.0	V161
	기타 지속성 망상장애	F22.8	V161
	망상성 이상형태공포증	F22.8	V161
	퇴행성 편집상태	F22.8	V161

구분	상병명	상병코드	특정기호
	불평편집증	F22.8	V161
	상세불명의 지속적 망상장애	F22.9	V161
	조현병의 증상이 없는 급성 다형성 정신병장애	F23.0	V161
	조현병 및 상세불명의 증상이 없는 순환형 정신병	F23.0	V161
	조현병 증상이 없거나 상세불명의 부폐 델리랑뜨	F23.0	V161
	조현병의 증상이 있는 급성 다형성 정신병장애	F23.1	V161
	조현병의 증상이 있는 순환형 정신병	F23.1	V161
	조현병 증상이 있는 부폐 델리랑뜨	F23.1	V161
	급성 조현병-유사정신병장애	F23.2	V161
	급성 (미분화형) 조현병	F23.2	V161
	단기 조현양상장애	F23.2	V161
	단기 조현양상정신병	F23.2	V161
	몽환정신병	F23.2	V161
	조현병성 반응	F23.2	V161
	기타 급성 주로 망상우세성 정신병장애	F23.3	V161
	편집반응	F23.3	V161
	심인성 편집정신병	F23.3	V161
	기타 급성 및 일과성 정신병장애	F23.8	V161
	상세불명의 급성 및 일과성 정신병장애	F23.9	V161
	단기 반응성 정신병 NOS	F23.9	V161
	반응성 정신병	F23.9	V161
	유도망상장애	F24	V161
	감응성 정신병	F24	V161
	유도편집장애	F24	V161
	유도정신병장애	F24	V161
	조현정동장애, 조증형	F25.0	V161
	조현정동정신병, 조증형	F25.0	V161
	조현양상정신병, 조증형	F25.0	V161
	조현정동장애, 우울증형	F25.1	V161
	조현정동정신병, 우울증형	F25.1	V161
	조현양상정신병, 우울증형	F25.1	V161
	조현정동장애, 혼합형	F25.2	V161
	순환성 조현병	F25.2	V161
	혼합형 조현병성 및 정동성 정신병	F25.2	V161
	기타 조현정동장애	F25.8	V161
	상세불명의 조현정동장애	F25.9	V161

구분	상병명	상병코드	특정기호
	조현정동정신병 NOS	F25.9	V161
	기타 비기질성 정신병장애	F28	V161
	만성 환각성 정신병	F28	V161
	상세불명의 비기질성 정신병	F29	V161
	정신병 NOS	F29	V161
5	아래의 상병을 갖고 있는 환자가 해당 상병 관련 진료를 받은 당일 외래진료 또는 입원진료		
	도슨 봉입체뇌염	A81.1	V282
	아급성 경화성 범뇌염	A81.1	V282
	밴보게르트 경화성 백질뇌병증	A81.1	V282
	진행성 다초점백질뇌병증	A81.2	V282
	다초점백질뇌병증 NOS	A81.2	V282
	중추신경계통의 기타 비정형바이러스감염	A81.8	V282
	쿠루	A81.8	V282
	중추신경계통의 상세불명의 비정형바이러스감염	A81.9	V282
	중추신경계통의 프리온질환 NOS	A81.9	V282
	마이코박테리아감염을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.0	V103
	결핵을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.0	V103
	기타 세균감염을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.1	V103
	거대세포바이러스병을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.2	V103
	기타 바이러스감염을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.3	V103
	칸디다증을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.4	V103
	기타 진균증을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.5	V103
	폐포자충폐렴을 유발한 인체면역결핍바이러스병 (HIV disease resulting in Pneumocystis jirovecii pneumonia)	B20.6	V103
	폐포자충폐렴을 유발한 인체면역결핍바이러스병 (HIV disease resulting in Pneumocystis carinii pneumonia)	B20.6	V103
	다발감염을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.7	V103
	기타 감염성 및 기생충성 질환을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.8	V103
	상세불명의 감염성 또는 기생충성 질환을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B20.9	V103

구분	상병명	상병코드	특정기호
	감염을 유발한 인체면역결핍바이러스병 NOS	B20.9	V103
	카포시육종을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.0	V103
	버킷림프종을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.1	V103
	기타 유형의 비호지킨림프종을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.2	V103
	림프성, 조혈성 및 관련 조직의 기타 악성 신생물을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.3	V103
	다발성 악성 신생물을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.7	V103
	기타 악성 신생물을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.8	V103
	상세불명의 악성 신생물을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B21.9	V103
	뇌병증을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B22.0	V103
	인체면역결핍바이러스치매	B22.0	V103
	림프성 간질폐렴을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B22.1	V103
	소모증후군을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B22.2	V103
	슬림병	B22.2	V103
	성장장애를 유발한 인체면역결핍바이러스병	B22.2	V103
	달리 분류된 다발성 질환을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B22.7	V103
	급성 인체면역결핍바이러스감염증후군	B23.0	V103
	(지속성) 전신림프선병증을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B23.1	V103
	달리 분류되지 않은 혈액학적 및 면역학적 이상을 유발한 인체면역결핍바이러스병	B23.2	V103
	기타 명시된 병태를 유발한 인체면역결핍바이러스병	B23.8	V103
	상세불명의 인체면역결핍바이러스병	B24	V103
	후천면역결핍증후군 NOS	B24	V103
	에이즈-관련복합 NOS	B24	V103
	뇌하수체의 양성 신생물	D35.2	V162
	약물유발 무형성빈혈	D61.1	V283
	약물유발 호중구감소	D70	V285
	과당대사장애	E74.1	V286
	유전성 과당불내성	E74.1	V286
	과당-1, 6-이인산분해효소결핍	E74.1	V286

구분	상병명	상병코드	특정기호
	수크레이스결핍	E74.3	V286
	장성 탄수화물흡수의 기타 장애	E74.3	V286
	포도당-갈락토스흡수장애	E74.3	V286
	신생물떨림 신경근육병증 및 신경병증	G13.0	V287
	신생물떨림 변연부뇌병증(C00-D48+)	G13.1	V287
	달리 분류된 기타 질환에서 일차적으로 중추신경계통을 침범하는 계통적 위축	G13.8	V287
	파킨슨병	G20	V124
	특발성 파킨슨증 또는 파킨슨병	G20	V124
	원발성 파킨슨증 또는 파킨슨병	G20	V124
	편측파킨슨증	G20	V124
	떨림마비	G20	V124
	파킨슨증 또는 파킨슨병 NOS	G20	V124
	난치성 뇌전증을 동반한 국소발병의 발작을 동반한 국소화-관련 (초점성)(부분적) 특발성 뇌전증 및 뇌전증증후군	G40.01	V279
	난치성 뇌전증을 동반한 복합부분발작을 동반한 국소화-관련 (초점성)(부분적) 증상성 뇌전증 및 뇌전증증후군	G40.21	V279
	난치성 뇌전증을 동반한 전신성 특발성 뇌전증 및 뇌전증증후군	G40.31	V279
	결핵(~에서의) 다발신경병증(A17.82†)	G63.0	V170
	디프테리아(~에서의) 다발신경병증(A36.8†)	G63.0	V170
	감염성 단핵구증(~에서의) 다발신경병증(B27.-†)	G63.0	V170
	나병(~에서의) 다발신경병증(A30.-†)	G63.0	V170
	라임병(~에서의) 다발신경병증(A69.2†)	G63.0	V170
	불거리(~에서의) 다발신경병증(B26.8†)	G63.0	V170
	포진후(~에서의) 다발신경병증(B02.2†)	G63.0	V170
	만기매독(~에서의) 다발신경병증(A52.1†)	G63.0	V170
	만기선천매독(~에서의) 다발신경병증(A50.4†)	G63.0	V170
	달리 분류된 감염성 및 기생충성 질환에서의 다발신경병증	G63.0	V170
	독성근신경장애	G70.1	V288
	노년성 황반변성(삼출성)	H35.31	V201
	울혈성 심근병증	I42.0	V289
	기타 비대성 심근병증	I42.28	V289
	기타 제한성 심근병증	I42.5	V289

구분	상병명	상병코드	특정기호
	궤양성 (만성) 범결장염	K51.0	V131
	궤양성 (만성) 직장염	K51.2	V131
	좌측 결장염	K51.5	V131
	기타 궤양성 대장염	K51.8	V131
	상세불명의 궤양성 대장염	K51.9	V131
	중증 아토피성 피부염	L20.85	V308
	중증 보통건선	L40.00	V280
	비장림프절비대 및 백혈구감소가 동반된 류마티스관절염	M05.0	V223
	펠티증후군	M05.0	V223
	류마티스폐질환(J99.0*)	M05.1	V223
	류마티스혈관염	M05.2	V223
	기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스관절염	M05.3	V223
	기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스 심장막염(I32.8*)	M05.3	V223
	기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스 다발신경병증(G63.6*)	M05.3	V223
	기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스 심근염(I41.8*)	M05.3	V223
	기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스 근병증(G73.7*)	M05.3	V223
	기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스 심내막염(I39.-*)	M05.3	V223
	기타 기관 및 계통의 침범을 동반한 류마티스 심장염(I52.8*)	M05.3	V223
	기타 혈청검사양성 류마티스관절염	M05.8	V223
	상세불명의 혈청검사양성 류마티스관절염	M05.9	V223
	절단성 관절염(L40.5†)	M07.1	V237
	건선척추염(L40.5†)	M07.2	V237
	기타 건선관절병증(L40.5†)	M07.3	V237
	과민성 혈관염	M31.0	V290
	강직척추염, 척추의 여러 부위	M45.0	V140
	강직척추염, 후두환축부	M45.1	V140
	강직척추염, 경부	M45.2	V140
	강직척추염, 경흉추부	M45.3	V140
	강직척추염, 흉추부	M45.4	V140
	강직척추염, 흉요추부	M45.5	V140

구분	상병명	상병코드	특정기호
	강직척추염, 요추부	M45.6	V140
	강직척추염, 요천부	M45.7	V140
	강직척추염, 천추 및 천미추부	M45.8	V140
	신생아의 호흡곤란증후군	P22.0	V142
	유리질막병	P22.0	V142
	신생아의 기타 호흡곤란	P22.8	V142
	신생아의 상세불명의 호흡곤란	P22.9	V142

- 주) 1. 향후 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준" 제5조 별표의2(중증난치질환자 산정특례 대상) 중 구분1-5에 해당하는 질병이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다.
2. "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례 대상 해당여부는 당시 시행되고 있는 "본인일부부담금 산정특례에 관한 기준"에 따라 판단합니다.

【별표19】 가정간호치료(급여) 분류표

약관에 규정하는 「가정간호치료(급여)」는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

진료행위	수가코드
가정간호기본방문료[방문당] 가. 상급종합병원	AN200, 13200
가정간호기본방문료[방문당] 나. 종합병원	AN300, 13300
가정간호기본방문료[방문당] 다. 병원,치과병원,한방병원,요양병원	AN400, 13400
가정간호기본방문료[방문당] 라. 의원,보건의료원 내 의과	AN500
가정간호기본방문료[방문당] 마. 한의원,보건의료원 내 한의과	13500

1. 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
2. 위 1.에도 불구하고 개정된 기준의 적용이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 기준을 따릅니다.
3. 위 1.에도 불구하고 이 약관 보험금의 지급사유 발생 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 보험금 지급여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표20】 상급종합병원 가정간호치료(급여) 분류표

약관에 규정하는 「상급종합병원 가정간호치료(급여)」는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

진료행위	수가코드
가정간호기본방문료[방문당] 가. 상급종합병원	AN200, 13200

1. 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
2. 위 1.에도 불구하고 개정된 기준의 적용이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 기준을 따릅니다.
3. 위 1.에도 불구하고 이 약관 보험금의 지급사유 발생 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 보험금 지급여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표21】 특정신체부위 분류표

구분	특정부위
1	위, 십이지장
2	공장(빈창자), 회장(돌창자) 및 맹장(충수돌기 포함)
3	대장(맹장, 직장 제외)
4	직장
5	항문
6	간
7	담낭(쓸개) 및 담관
8	췌장
9	비장
10	기관, 기관지, 폐, 흉막 및 흉곽(늑골 포함)
11	코(외비(코 바깥), 비강(코 안) 및 부비강(코 곁굴) 포함)
12	인두 및 후두(편도 포함)
13	식도
14	구강, 치아, 혀, 악하선(턱밑샘), 이하선(귀밑샘) 및 설하선(혀밑샘)
15	귀(외이(바깥 귀), 고막, 중이(가운데귀), 내이(속귀), 청신경 및 유양돌기(꼭지돌기)포함)
16	안구 및 안구부속기(안검(눈꺼풀), 결막, 누기(눈물샘), 안근 및 안와내 조직 포함)
17	신장
18	부신
19	요관, 방관 및 요도
20	음경
21	질 및 외음부
22	전립선
23	유방(유선 포함)
24	자궁(자궁체부(자궁몸통) 포함)
25	자궁체부(자궁몸통)(제왕절개술을 받은 경우에 한함)
26	난소 및 난관
27	고환(고환초막(고환집막) 포함), 부고환, 정관, 정삭 및 정낭
28	갑상선

구분	특정부위
29	부갑상선
30	서혜부(넓적다리 부위의 위쪽 주변)(서혜 탈장, 음낭 탈장 또는 대퇴 탈장이 생긴 경우에 한함)
31	피부(두피 및 입술 포함)
32	경추부(해당신경 포함)
33	흉추부(해당신경 포함)
34	요추부(해당신경 포함)
35	천골(엉치뼈)부 및 미골(꼬리뼈)부(해당신경 포함)
36	왼쪽 어깨
37	오른쪽 어깨
38	왼팔(왼쪽 어깨 제외, 왼손 포함)
39	오른팔(오른쪽 어깨 제외, 오른손 포함)
40	왼손(왼쪽 손목 관절 이하)
41	오른손(오른쪽 손목 관절 이하)
42	왼쪽 고관절
43	오른쪽 고관절
44	왼쪽 다리(왼쪽 고관절 제외, 왼발 포함)
45	오른쪽 다리(오른쪽 고관절 제외, 오른발 포함)
46	왼발(왼쪽 발목 관절 이하)
47	오른발(오른쪽 발목 관절 이하)
48	상·하악골(위턱뼈·아래턱뼈)
49	쇄골
50	늑골(갈비뼈)

【별표22】 특정질병 분류표

- ① 약관에 규정하는 특정질병으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인 분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 규정하는 특정질병 해당 여부를 판단합니다.

대 상 이 되 는 질 병		분류번호
1	심장질환	I00~I02, I05~I09 I20~I25, I26~I28 I30~I52, I97
2	뇌혈관질환	I60~I69 G45, G46, Q28
3	당 뇨 병	E10~E14 O24, H28.0, H36.0
4	고 혈 압	I10~I13, I15, H35.02
5	결핵	A15~A19
6	담석증	K80
7	요로결석증	N20~N23
8	골반염	N70~N74, N77
9	자궁내막증	N80
10	관절병증, 연골병증	M00~M03, M05~M19 M93, M94
11	척추질환	M40~M43, M45~M51, M53, M54 M99.1~M99.7
12	하지정맥류	I80, I83, I87
13	고지혈증	E78
14	임신중독증	O11~O15
15	통풍	E79, M10
16	사시	H49~H51
17	백내장	H25~H27
18	탈장, 음낭수종	K40~K46, N43
19	복막의질환	K65~K67
20	골다공증	M80~M82
21	천식	J44~J46
22	유산	N96, O00~O08, O20

1. 제8차 개정이후 이 약관에서 규정하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
 3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.
- ② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 규정하는 특정 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 규정하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표23】 MRI/PET/CT 검사(급여) 분류표

약관에 규정하는 「MRI/PET/CT 검사(급여)」은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

구분	진료행위	수가코드
CT검사	일반전산화단층영상진단-두부-제한적 CT	HA441
	일반전산화단층영상진단-두부-조영제를사용하지않는경우	HA451
	일반전산화단층영상진단-두부-조영제를사용하는경우	HA461
	일반전산화단층영상진단-두부-특수검사-이중시기 또는 삼중시기	HA511
	일반전산화단층영상진단-두부-특수검사-삼차원	HA521
	일반전산화단층영상진단-두부-특수검사-CT 혈관조영	HA531
	일반전산화단층영상진단-두부-특수검사-Cine CT	HA551
	일반전산화단층영상진단-두부-특수검사-뇌조 CT	HA561
MRI검사	자기공명영상진단-기본검사-뇌-일반-촬영료 등	HI101
	자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-일반-촬영료 등	HI135
	자기공명영상진단-기본검사-뇌-조영제 주입 전·후 촬영 판독-촬영료 등	HI201
	자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-조영제 주입 전·후 촬영 판독-촬영료 등	HI235
	자기공명영상진단-기본검사-뇌-제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등)-촬영료 등	HI401
	자기공명영상진단-기본검사-뇌-3차원자기공명영상을 실시한 경우-촬영료 등	HI501
	자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-3차원자기공명영상을 실시한 경우-촬영료 등	HI535
PET검사	양전자방출단층촬영-뇌	HK030

1. 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
2. 위 1.에도 불구하고 개정된 기준의 적용이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법규에서 정한 기준을 따릅니다.
3. 위 1.에도 불구하고 이 약관 보험금의 지급사유 발생 당시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 보험금 지급여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표24】 혈관성치매 분류표

약관에 규정하는 “치매로 진단확정되다.”는 것은 다음의 1.과 2.에 모두 해당되는 “치매”임을 정신건강의학과 또는 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의해서 진단확정 받는 경우를 말합니다.

1. 뇌(腦)속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌속에 손상을 입은 경우
2. 정상적으로 성숙한 뇌가 1.에 의한 기질성장해에 의해서 파괴되었기 때문에 한 번 획득한 지능이 지속적으로 또는 전반적으로 저하되는 경우

① 약관에서 규정하는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 혈관성 치매	F01

1. 제9차 한국표준질병·사인분류 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상기 질병의 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
3. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.
4. 알츠하이머치매 분류표에 해당되지 않은 경우에도 미국 정신의학협회에서 정한 정신장애의 진단 및 통계편람 제4판(DSM-IV)에 의거하여 알츠하이머치매 진단을 받은 경우 보장됩니다.

② 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

특별약관 색인

0

85세만기확정대상보장(장기요양등급진단(1~5등급) 및 상해·질병후유장해(80%이상))

특별약관 461

ㄱ

가정간호치료비(급여_연간20회한) 특별약관 480

간병인사용 일반상해입원비(요양,정신,한방병원제외)(151일이상) 특별약관 270

간병인사용 일반상해입원비(요양병원)(1일-150일) 특별약관 247

간병인사용 일반상해입원비(요양병원제외)(1일-150일) 특별약관 241

간병인사용 일반상해입원지원비(요양병원)(간병인비용연간200만원이상) 특별약관 286

간병인사용 일반상해입원지원비(요양병원제외)(간병인비용연간200만원이상) 특별약관 280

간병인사용 질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(151일이상)(경증간편가입) 특별약관 415

간병인사용 질병입원비(요양병원)(1일-150일)(경증간편가입) 특별약관 324

간병인사용 질병입원비(요양병원제외)(1일-150일)(경증간편가입) 특별약관 313

간병인사용 질병입원비 II (요양,정신,한방병원제외)(151일이상) 특별약관 410

간병인사용 질병입원비 II (요양병원)(1일-150일) 특별약관 319

간병인사용 질병입원비 II (요양병원제외)(1일-150일) 특별약관 307

간병인사용 질병입원지원비(요양병원)(간병인비용연간200만원이상)(경증간편가입)

특별약관 452

간병인사용 질병입원지원비(요양병원제외)(간병인비용연간200만원이상)(경증간편가입)

특별약관 437

간병인사용 질병입원지원비 II (요양병원)(간병인비용연간200만원이상) 특별약관 444

간병인사용 질병입원지원비 II (요양병원제외)(간병인비용연간200만원이상) 특별약관 430

간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(1일-150일) 특별약관 251

간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(1일-60일) 특별약관 255

간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(상급종합병원)(1일-60일) 특별약관 265

간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(요양,정신,한방병원제외)(151일이상)

특별약관 275

간호·간병통합서비스사용 일반상해입원비(종합병원)(1일-60일) 특별약관 259

간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-150일)(경증간편가입) 특별약관 334

간호·간병통합서비스사용 질병입원비(1일-60일)(경증간편가입) 특별약관 382

간호·간병통합서비스사용 질병입원비(상급종합병원)(1일-60일)(경증간편가입)

특별약관 404

간호·간병통합서비스사용 질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(151일이상)

(경증간편가입) 특별약관 426

간호·간병통합서비스사용 질병입원비(종합병원)(1일-60일)(경증간편가입) 특별약관 ...	392
간호·간병통합서비스사용 질병입원비II(1일-150일) 특별약관	329
간호·간병통합서비스사용 질병입원비II(1일-60일) 특별약관	378
간호·간병통합서비스사용 질병입원비II(상급종합병원)(1일-60일) 특별약관	398
간호·간병통합서비스사용 질병입원비II(요양,정신,한방병원제외)(151일이상) 특별약관	421
간호·간병통합서비스사용 질병입원비II(종합병원)(1일-60일) 특별약관	387
갱신형 보장특약의 자동갱신 운영(보험료 추가납입)에 관한 특별약관	498
경도치매정기검진비(CDR1점이상)(10년)(6개월지급형) 특별약관	181
경도치매진단비(CDR1점이상) 특별약관	138
경증알츠하이머치매진단비 특별약관	152
경증혈관성치매진단비 특별약관	158
급성심근경색증 상급종합병원통원비(연간30회한) 특별약관	367
급성심근경색증 종합병원통원비(연간30회한) 특별약관	364
급성심근경색증 통원비(연간30회한) 특별약관	362
급성심근경색증진단비 특별약관	304

ㄴ

뇌졸중 상급종합병원통원비(연간30회한) 특별약관	359
뇌졸중 종합병원통원비(연간30회한) 특별약관	356
뇌졸중 통원비(연간30회한) 특별약관	353
뇌졸중진단비 특별약관	301

ㄷ

보장보험료 납입면제 특별약관	500
보험료 자동납입 특별약관	489
보험료납입면제대상보장(장기요양등급진단(1~5등급) 및 상해·질병후유장해(80%이상)) 특별약관	459
보험료납입지원보장(경도치매진단(CDR1점이상)) 특별약관	177

ㄹ

상급종합병원 가정간호치료비(급여_연간20회한) 특별약관	483
선지급서비스 특별약관	487

ㅇ

암직접치료 상급종합병원통원비(연간30회한) 특별약관	348
암직접치료 종합병원통원비(연간30회한) 특별약관	343
암직접치료통원비(연간30회한) 특별약관	338
암진단비(유사암제외) 특별약관	296
유사암진단비 특별약관	299

이륜자동차 운전중(탑승포함)상해 부담보 특별약관	490
일반상해사망 특별약관	237
일반상해후유장해(80%이상) 특별약관	239

ㄷ

장기요양급여금(1~2등급, 시설급여)(월1회한) 특별약관	94
장기요양급여금(1~2등급, 재가급여)(월1회한) 특별약관	90
장기요양급여금(1~5등급(인지지원등급포함), 복지용구)(월1회한) 특별약관	125
장기요양급여금(1~5등급(인지지원등급포함), 재가급여)(월1회한) 특별약관	110
장기요양급여금(1~5등급(인지지원등급포함), 주야간보호)(월1회한) 특별약관	115
장기요양급여금(1~5등급, 방문요양)(월1회한) 특별약관	129
장기요양급여금(1~5등급, 시설급여)(월1회한) 특별약관	102
장기요양급여금(1~5등급, 재가급여)(월1회한) 특별약관	97
장기요양급여금(인지지원등급, 주·야간보호)(월1회한) 특별약관	120
장기요양등급진단비(1~3등급) 특별약관	87
장기요양등급진단비(1~4등급) 특별약관	88
장기요양등급진단비(1~5등급(인지지원등급포함)) 특별약관	106
장기요양등급진단비(1~5등급) 특별약관	89
장기요양등급진단비(1등급) 특별약관	86
장기요양등급판정자(1~5등급) 요양병원입원비(1일~90일) 특별약관	133
장애인전용보험 전환 특별약관	494
전자서명 특별약관	497
중등도치매진단비(CDR2점이상) 특별약관	141
중등도치매진단비(CDR2점이상)(체증형) 특별약관	146
중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상보장 특별약관	472
중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상보장(경증간편가입) 특별약관	476
중증알츠하이머치매진단비 특별약관	155
중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상보장(연간1회한) 특별약관	464
중증질환자(심장) 산정특례대상보장(연간1회한) 특별약관	468
중증치매 I 산정특례대상보장 특별약관	163
중증치매 II 산정특례대상보장 특별약관	169
중증치매진단비(CDR3점이상) 특별약관	144
중증치매진단비(CDR3점이상)(체증형) 특별약관	150
중증혈관성치매진단비 특별약관	161
질병사망 특별약관	293
질병후유장해(80%이상) 특별약관	294

ㄸ

치매 MRI/PET/CT 촬영비(급여_연간1회한) 특별약관	204

치매 장기요양급여금(1~2등급, 시설급여)(월1회한) 특별약관	211
치매 장기요양급여금(1~2등급, 재가급여)(월1회한) 특별약관	207
치매 장기요양급여금(1~5등급, 시설급여)(월1회한) 특별약관	221
치매 장기요양급여금(1~5등급, 재가급여)(월1회한) 특별약관	216
치매입원비(1일~90일) 특별약관	174
치매직접치료 상급종합병원 통원비(연간12회한) 특별약관	200
치매직접치료 종합병원 통원비(연간12회한) 특별약관	196
치매직접치료 통원비(연간12회한) 특별약관	193

ㄷ

특정 신체부위 · 질병 보장제한부 인수 특별약관	491
특정치매치료비(급여_연간1회한) 특별약관	189

표

파킨슨병진단비 특별약관	305
표적치매약물허가치료비(최경증치매·경증알츠하이머치매)(갱신형_5년) 특별약관	184
표적치매약물허가치료비(최경증치매·경증알츠하이머치매)(치료당,36회한)(갱신형_5년) 특별약관	230

ㅎ

혈관성치매 치료비(급여,연간1회한) 특별약관	226
희귀질환자 산정특례대상보장 특별약관	369
희귀질환자 산정특례대상보장(경증간편가입) 특별약관	373

MEMO

MEMO

MEMO

MEMO

MEMO
