무배당 새로담는통합심뇌혈관주요치료특약 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 특약은 주된 보험계약(이하 '주계약'이라 합니다)에 부가되어 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】

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

1. 계약관계 관련 용어
   가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
   나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
   다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
   라. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   가. 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.

> 【보험가입금액 한도 제한】
> 피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법

> 【일부 보장 제외】
> 일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법 중의 하나로, 특정 질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법

> 【보험금 삭감】
> 일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법 중의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 감소하는 위험에 대해 적용하여 보험 가입 후 일정기간 내에 보험사고가 발생한 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법

> 【보험료 할증】
> 일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법 중의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하여 위험정도에 따라 해당 보험료 이외에 특별보험료를 부가하는 방법

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

> 【연단위 복리 예시】
> 원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 연단위 복리로 계산한 2년 시점의 총 이자 금액
> - 1년차 이자 = 100원(원금) × 10% = 10원
> - 2년차 이자 = (100원(원금) + 10원(1년차 이자)) × 10% = 11원
> → 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원

   나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신 시점)의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다. 또한, 관련법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.
   다. 해약환급금: 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.
4. 기간 및 날짜 관련 용어
   가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, "관공서의 공휴일에 관한 규정"에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조【"뇌혈관질환"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 "뇌혈관질환"이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표 3(뇌혈관질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② 뇌혈관질환의 진단확정은 「의료법」 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 "의료기관"이라 합니다)의 의사(치과의사 제외)의 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 내려져야 합니다.

③ 뇌혈관질환의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기 공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 하여야 합니다. 다만, 뇌혈관질환의 진단은 상기 검진 및 검사 결과에 일치되게 "뇌혈관질환"의 특징적인 소견이 발병 당시 새롭게 출현함을 근거로 하여야 합니다. 경동맥 초음파 및 TOF MRA(time-of-flight MRA, 유체속도강조 자기공명혈관조영법)등 선별검사(Screening test, 스크리닝 테스트)는 뇌혈관질환을 최초 진단 확정하기 위한 검사가 아닙니다.

④ 제 2 항 및 제 3 항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받았음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조【"허혈성심장질환"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 "허혈성심장질환"이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표 4(허혈성심장질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② 허혈성심장질환의 진단확정은 의료기관의 의사에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사, 핵의학검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기에 의한 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 진단 확정이 있는 것으로 볼 수 있습니다.

1. 보험기간 중 허혈성심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
2. 부검감정서상 사인이 허혈성심장질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조【"혈전용해치료"의 정의】

① 이 특약에 있어서 "혈전용해치료"라 함은 의료기관의 의사(치과의사 및 한의사는 제외합니다)에 의하여 "뇌혈관질환" 또는 "허혈성심장질환"의 치료를 직접적인 목적으로 "혈전용해제"를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 "뇌혈관" 및 "심혈관" 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.

② 제 1 항에서 "혈전용해제"라 함은 "뇌혈관" 및 "심혈관" 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 혈전용해제 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(Heparin, Warfarin 등) 및 항혈소판제(Plavix, Aspirin, Pletal 등)는 제외됩니다.

③ 제 2 항에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.

제6조【"혈전제거술"의 정의】

① 이 특약에 있어서 "혈전제거술"이라 함은 의료기관의 의사에 의하여 "뇌혈관질환" 또는 "허혈성심장질환"의 치료를 직접적인 목적으로 혈전제거술 및 기계적 혈전제거술(카테터법)을 시행하는 치료법을 말합니다.

② "혈전제거술"이라 함은 "혈관으로부터 혈전을 제거하는 것"을 의미하며, 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료)은 제외됩니다.

제7조【"급여 혈전제거술"의 정의】

① 이 특약에 있어서 "급여 혈전제거술"이라 함은 제 6 조("혈전제거술"의 정의)의 "혈전제거술"에 해당하고 의료기관의 의사에 의하여 "뇌혈관질환" 또는 "허혈성심장질환"의 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 급여 혈전제거술 분류표(별표 5 "급여 혈전제거술 분류표" 참조)에서 정한 의료행위를 말합니다.

② 제 1 항의 "급여 혈전제거술"은 의료기관에서 의사의 관리하에 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

【의료행위】
의료행위란 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수"에서 정한 수가코드를 말합

니다.

제8조【"수술"의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 "수술"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자가 "뇌혈관질환" 또는 "허혈성심장질환"의 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 의료기관에서 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자의 관리 하에 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것[보건복지부 산하 **신의료기술평가위원회**(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다]을 말합니다. 단, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK), 미용 성형상의 수술, 피임(避妊) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술, 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등]은 '수술'에서 제외합니다.

【신의료기술평가위원회】
「의료법」 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

제9조【"종합병원"의 정의】

이 특약에 있어서 "종합병원"이라 함은「의료법」제 3 조의 3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

「의료법」 제 3 조의 3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 100 개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100 병상 이상 300 병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3 개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7 개 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 9 개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항 제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

제10조 【"중환자실"의 정의】

이 특약에 있어서 "중환자실(Intensive Care Unit: ICU)"이라 함은「의료법」제36조(준수사항) 제1호 및 동법시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격)에 따른 중환자실의 시설기준과 시설규격에 부합하는 입원치료실을 말합니다. 다만,「의료법」상 기준과 규격에 부합하지 않는 집중치료실, 무균실, 격리병실 등은 제외합니다.

제11조 【"중환자실치료"의 정의】

이 특약에 있어서 "중환자실치료"라 함은 의사에 의하여 "뇌혈관질환" 또는 "허혈성심장질환"의 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 보험기간 중에 "뇌혈관질환" 또는 "허혈성심장질환"으로 "중환자실"에서 치료를 받은 경우를 말합니다.

제12조 【법령 개정에 따른 특약 내용의 변경】

① 제 7 조("급여 혈전제거술"의 정의)의 "급여 혈전제거술", 제 9 조("종합병원"의 정의)의 종합병원 지정기준 및 제 10 조("중환자실"의 정의)의 중환자실의 기준이「국민건강보험법」,「의료급여법」,「의료법」및 관련 법령(이하 "법령"이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 보험금 지급사유가 발생한 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

② 제 1 항에도 불구하고 관련법령 등의 개정으로 수가코드가 폐지 또는 변경되어 보험금 지급사유에 대한 판단이 불가능한 경우 회사는 폐지 또는 변경 직전의 관련 법령에서 정한 "급여 혈전제거술"에 준하여 보장합니다.

③ 제 1 항 및 제 2 항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당하는 경우에 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특약 내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제 4 항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 보험금 지급사유 관련 판정기준 제도가 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 보험금 지급사유 관련 판정기준 제도의 변경으로 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우

예시) 종합병원 제도의 변경으로 종합병원을 더 이상 지정하지 아니하고 진료과별 전문병원을 지정하는 경우 등.

3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

④ 회사는 제 3 항에 따라 안내할 때에는 특약내용 변경일의 15 일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 특약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2 회 이상 알립니다.

⑤ 제 3 항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않는 경우에는 회사는 계약자에게 이 특약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

⑥ 제 3 항에 따라 특약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑦ 제 3 항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환 받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

⑧ 제 1 항에도 불구하고 제 13 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이후 관련법령 등의 개정으로 수가코드가 변경되더라도 이를 다시 판단하지 않습니다.

제13조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자에게 이 특약의 보험기간 중 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표 1 "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다.

1. **피보험자가 보험기간 중 "뇌혈관질환"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 "혈전용해치료"를 받았을 때(단, 연간 1회를 한도로 함) : 뇌혈관질환 혈전용해치료급여금**
2. **피보험자가 보험기간 중 "허혈성심장질환"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 "혈전용해치료"를 받았을 때(단, 연간 1회를 한도로 함) : 허혈성심장질환 혈전용해치료급여금**
3. **피보험자가 보험기간 중 "뇌혈관질환"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 "급여 혈전제거술"을 받았을 때(단, 연간 1회를 한도로 함) : 급여 뇌혈관질환 혈전제거술급여금**
4. **피보험자가 보험기간 중 "허혈성심장질환"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 "급여 혈전제거술"을 받았을 때(단, 연간 1회를 한도로 함) : 급여 허혈성심장질환 혈전제거술급여금**
5. **피보험자가 보험기간 중 "뇌혈관질환"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 "수술"을 받았을 때(단, "혈전제거술"은 제외하며, 연간 1회를 한도로 함) : 뇌혈관질환 수술급여금(혈전제거술 제외)**
6. **피보험자가 보험기간 중 "허혈성심장질환"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 "수술"을 받았을 때(단, "혈전제거술"은 제외하며, 연간 1회를 한도로 함) : 허혈성심장질환 수술급여금(혈전제거술 제외)**
7. **피보험자가 보험기간 중 "뇌혈관질환"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에서 "중환자실치료"를 받았을 때(단, 연간 1회를 한도로 함) : 뇌혈관질환 중환자실치료급여금**
8. **피보험자가 보험기간 중 "허혈성심장질환"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에서 "중환자실치료"를 받았을 때(단, 연간 1회를 한도로 함) : 허혈성심장질환 중환자실치료급여금**

제14조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 이 특약의 보험료도 납입을 면제합니다.

② 보험계약일로부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 제13조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당 보험금의 50%를 지급합니다.

③ 제13조(보험금의 지급사유)의 "뇌혈관질환 혈전용해치료급여금", "허혈성심장질환 혈전용해치료급여금", "급여 뇌혈관질환 혈전제거술급여금", "급여 허혈성심장질환 혈전제거술급여금", "뇌혈관질환 수술급여금(혈전제거술 제외)", "허혈성심장질환 수술급여금(혈전제거술 제외)", "뇌혈관질환 중환자실치료급여금", "허혈성심장질환 중환자실치료급여금"은 각각 연간 1회 한도로 지급하며, 이때 '연간'이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 보험계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연도의 보험계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 보험계약해당일로 합니다.

④ 제13조(보험금의 지급사유) 제7호 및 제8호의 보험금의 지급사유 발생일은 "뇌혈관질환" 또는 "허혈성심장질환"으로 중환자실 치료를 최초로 받기 시작한 날로 합니다.

⑤ 제12조(법령 개정에 따른 특약 내용의 변경) 제1항에도 불구하고 피보험자가 종합병원 이외의 의료기관에서 "뇌혈관질환" 또는 "허혈성심장질환"으로 중환자실 치료를 받던 도중 해당 의료기관이 종합병원으로 지정된 경우에는 "뇌혈관질환 중환자실 치료급여금" 또는 "허혈성심장질환 중환자실 치료급여금"을 지급합니다.

⑥ 제12조(법령 개정에 따른 특약 내용의 변경) 제1항에도 불구하고 피보험자가 종합병원에서 "뇌혈관질환" 또는

"허혈성심장질환"으로 중환자실 치료를 받던 도중 해당병원이 종합병원 지정이 취소된 경우에는 "뇌혈관질환 중환자실 치료급여금" 또는 "허혈성심장질환 중환자실 치료급여금"을 지급합니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 제13조(보험금의 지급사유)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 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제15조 【보험금 등의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. **청구서(회사양식)**
2. **사고증명서(뇌혈관질환 또는 허혈성심장질환 진단확인서, 검사결과지, 진료비 세부내역서(급여수가코드(EDI코드 필수포함)), 수술증명서, 진료비계산서, 진단서(진단명, 진단코드, 수술명, 혈전치료 일자 및 내용 포함), 진료기록부 또는 사망진단서, 입원치료확인서(중환자실 입원기간을 확인할 수 있는 내용을 포함), 중환자실 입원경과 기록지 등)**

【급여수가코드】
"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 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류**

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

제16조 【보험금 등의 지급절차】

① 회사는 제15조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표2(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)와 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제15조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청(금융감독원 금융분쟁조정위원회 또는 한국소비자원 소비자분쟁조정위원회)
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
6. 제14조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제7항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

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

【보험금 가지급제도】
지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도를 말하며 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 급부금입니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제17조 【특약의 체결 및 소멸】

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

② 제1항의 규정에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 이 특약을 청약하는 경우에는 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.

③ 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우. 다만, 주계약의 보험금 지급으로 인하여 주계약이 소멸하는 경우 또는 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 효력을 갖습니다.

2. 피보험자가 사망하여 보험금의 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

④ 제3항 제2호의 '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 생사불명 상태가 일정기간 이상 계속될 때 일정절차에 따라 법원이 사망한 것으로 인정하는 제도를 말합니다.

제18조 【특약내용의 변경】

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

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 이 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입 시 안내한 보험금 또는 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

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

제19조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제4관 보험료의 납입

제20조 【보험료의 납입 및 회사의 보장개시】

① 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다. 그러나 제17조(특약의 체결 및 소멸) 제2항에 따라 이 특약을 체결할 경우 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입을 완료하였을 때에는 특약의 보험료를 일시에 납입하여야 하며, 주계약의 보험료 납입기간 중일 때에는 회사에서 정한 별도의 방법에 따라 제1회 특약의 보험료를 정산한 다음 차회 이후의 보험료는 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 합니다.

② 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었거나 주계약의 보험금 지급사유 등으로 인해 주계약이 소멸된 경우라도, 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않았거나 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 그러나 제17조(특약의 체결 및 소멸) 제2항의 경우 특약의 청약을 승낙한 경우에는 제1회 특약보험료를 받은 때부터 이 특약이 정하는 바에 따라 보장합니다.

제21조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우 (보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 해지되지 않습니다.

② 제1항에 따라 이 특약이 해지되는 경우에도 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제22조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

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

부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복) 청약 시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제20조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제3항의 규정을 준용합니다.

제5관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제23조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
③ 제1항에도 불구하고, 이 특약이 주계약 또는 특약에 의무부가 된 경우, 주계약 또는 특약 해지 시 해지 가능합니다.

제24조【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에 따라 계산합니다. 다만, 1종(해약환급금 미지급형Ⅱ)은 보험료 납입기간 중 중도 해지될 경우 해약환급금이 전혀 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 중도 해지되는 경우 해약환급금은 2종(기본형)의 해약환급금 대비 적습니다.

【해약환급금 관련 유의사항】
1. 1종(해약환급금 미지급형Ⅱ)은 2종(기본형)보다 낮은 보험료로 가입할 수 있는 대신, 보험료 납입기간 중 계약이 중도 해지될 경우 해약환급금을 전혀 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 중도 해지되는 경우 2종(기본형) 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 해약환급금으로 지급합니다. 다만, 보험료 납입이 면제된 경우라도 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않습니다.
2. "보험료 납입기간"이란 계약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 보험료 납입이 연체된 경우에는 보험료 총액의 납입이 완료된 날까지의 기간을 말하며, 보험료를 선납하여 보험료 납입기간이 도달하기 전에 보험료 총액의 납입이 완료된 경우라 하더라도 계약 체결시 약정한 보험료 납입기간을 말합니다.
3. 2종(기본형)의 해약환급금은 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정한 방법에 따라 계산한 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표2(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.
③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제25조【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표1) 보험금 지급기준표

보험금 지급기준표

[기준: 특약보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
뇌혈관질환 혈전용해치료급여금	피보험자가 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 "혈전용해치료"를 받았을 때 (단, 연간 1회를 한도로 함)	특약보험가입금액의 50% (단, 보험계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 지급사유가 발생하였을 경우에는 상기 금액의 50%를 지급함)

허혈성심장질환 혈전용해치료급여금	피보험자가 보험기간 중 허혈성심장질환으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 "혈전용해치료"를 받았을 때(단, 연간 1회를 한도로 함)	특약보험가입금액의 50% (단, 보험계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 지급사유가 발생하였을 경우에는 상기 금액의 50%를 지급함)
급여 뇌혈관질환 혈전제거술급여금	피보험자가 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 "급여 혈전제거술"을 받았을 때(단, 연간 1회를 한도로 함)	특약보험가입금액의 50% (단, 보험계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 지급사유가 발생하였을 경우에는 상기 금액의 50%를 지급함)
급여 허혈성심장질환 혈전제거술급여금	피보험자가 보험기간 중 허혈성심장질환으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 "급여 혈전제거술"을 받았을 때(단, 연간 1회를 한도로 함)	특약보험가입금액의 50% (단, 보험계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 지급사유가 발생하였을 경우에는 상기 금액의 50%를 지급함)
뇌혈관질환 수술급여금 (혈전제거술 제외)	피보험자가 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 "수술"을 받았을 때(단, "혈전제거술"은 제외하며, 연간 1회를 한도로 함)	특약보험가입금액의 100% (단, 보험계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 지급사유가 발생하였을 경우에는 상기 금액의 50%를 지급함)
허혈성심장질환 수술급여금 (혈전제거술 제외)	피보험자가 보험기간 중 허혈성심장질환으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 "수술"을 받았을 때(단, "혈전제거술"은 제외하며, 연간 1회를 한도로 함)	특약보험가입금액의 100% (단, 보험계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 지급사유가 발생하였을 경우에는 상기 금액의 50%를 지급함)
뇌혈관질환 중환자실치료급여금	피보험자가 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에서 "중환자실치료"를 받았을 때 (단, 연간 1회를 한도로 함)	특약보험가입금액의 50% (단, 보험계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 지급사유가 발생하였을 경우에는 상기 금액의 50%를 지급함)
허혈성심장질환 중환자실치료급여금	피보험자가 보험기간 중 허혈성심장질환으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에서 "중환자실치료"를 받았을 때 (단, 연간 1회를 한도로 함)	특약보험가입금액의 50% (단, 보험계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 지급사유가 발생하였을 경우에는 상기 금액의 50%를 지급함)

주) 1. 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 이 특약의 보험료도 납입을 면제합니다.

2. 보험계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 "뇌혈관질환 혈전용해치료급여금", "허혈성심장질환 혈전용해치료급여금", "급여 뇌혈관질환 혈전제거술급여금", "급여 허혈성심장질환 혈전제거술급여금", "뇌혈관질환 수술급여금(혈전제거술 제외)", "허혈성심장질환 수술급여금(혈전제거술 제외)", "뇌혈관질환 중환자실치료급여금" 및 "허혈성심장질환 중환자실치료급여금"의 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 해당 보험금의 50%를 지급합니다.

3. 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 피보험자 사망시 계약자적립액을 지급하지 않는 대신 보험료 중 일정액을 할인하여 보험료를 산정한 상품으로 피보험자 사망시 계약자적립액은 별도 지급되지 않습니다.

4. "뇌혈관질환 혈전용해치료급여금", "허혈성심장질환 혈전용해치료급여금", "급여 뇌혈관질환 혈전제거술급여금", "급여 허혈성심장질환 혈전제거술급여금", "뇌혈관질환 수술급여금(혈전제거술 제외)", "허혈성심장질환 수술급여금(혈전제거술 제외)", "뇌혈관질환 중환자실치료급여금" 및 "허혈성심장질환 중환자실치료급여금"은 각각 연간 1회 한도로 지급하며, 이때 '연간'이란 보험계약일부터 매1년마다 도래하는 보험계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

(별표2) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
뇌혈관질환 혈전용해치료급여금,	지급기일의 다음 날부터 30일이내 기간	보험계약대출이율

급여 뇌혈관질환 혈전제거술급여금, 허혈성심장질환 혈전용해치료급여금, 급여 허혈성심장질환 혈전제거술급여금, 뇌혈관질환 수술급여금 (혈전제거술 제외), 허혈성심장질환 수술급여금 (혈전제거술 제외), 뇌혈관질환 중환자실치료급여금, 허혈성심장질환 중환자실치료급여금 (제13조)	지급기일의 31 일이후부터 60 일이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일이후부터 90 일이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일이후 기간	보험계약대출이율+가산이율(8.0%)
해약환급금 (제24조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내: 평균공시이율의 50% 1년초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며, 주계약의 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용 시 제16조(보험금 등의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 가산이율 적용 시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

5. 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.

(별표3) 뇌혈관질환 분류표

뇌혈관질환 분류표

Ⅰ. 약관에서 규정하는 "뇌혈관질환"으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호

1. 거미막하출혈	I60
2. 뇌내출혈	I61
3. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
4. 뇌경색증	I63
5. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않는 뇌졸중	I64
6. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
7. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
8. 기타 뇌혈관 질환	I67
9. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
10. 뇌혈관질환의 후유증	I69

㈜ 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

Ⅱ. 진단확정일 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(별표4) 허혈성심장질환 분류표

허혈성심장질환 분류표

Ⅰ. 약관에서 규정하는 "허혈성심장질환"으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 협심증	I20
2. 급성 심근경색증	I21
3. 후속심근경색증	I22
4. 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈심장질환	I24
6. 만성 허혈심장병	I25

(주) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

Ⅱ. 진단확정일 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(별표5) 급여 혈전제거술 분류표

급여 혈전제거술 분류표

약관에서 규정하는 "급여 혈전제거술"로 분류되는 항목은 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료 등) 중 다음에 적은 수가코드를 말합니다.

대상이 되는 항목	수 가 코 드
1. 폐동맥혈전제거술	O1950
2. 혈전제거술(동맥-흉부)	O2053
3. 혈전제거술(동맥-복부)	O2054
4. 혈전제거술(동맥-경부)	O2055
5. 혈전제거술(동맥-기타)	O2056
6. 혈전제거술(심부정맥-흉부)	O2057

7. 혈전제거술(심부정맥-복부)	O2058
8. 혈전제거술(심부정맥-하지)	O0218
9. 혈전제거술(심부정맥-기타)	O2059
10. 혈전제거술(심장)	O0260
11. 경피적혈전제거술-기계적혈전제거술[카테터법]-두개강내 혈관	M6636
12. 경피적혈전제거술-기계적혈전제거술[카테터법]-두개강외 경부혈관	M6637
13. 경피적혈전제거술-기계적혈전제거술[카테터법]-관상동맥	M6638
14. 경피적혈전제거술-기계적혈전제거술[카테터법]-기타혈관	M6639

주) 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 보험금지급사유가 발생한 시점의 기준을 적용합니다. 특히, 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이후 수가코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.