

무배당 새로담는 순환계질환 I 검사재활치료특약(클래식) 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 추가하는 방법

3. 지급금과 이자율 관련 용어

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

【연단위 복리 예시】

원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 연단위 복리로 계산한 2년 시점의 총 이자 금액

- 1년차 이자 = $\frac{100\text{원}}{\text{원금}} \times 10\% = 10\text{원}$

- 2년차 이자 = $\left(\frac{100\text{원}}{\text{원금}} + \frac{10\text{원}}{\text{1년차 이자}} \right) \times 10\% = 11\text{원}$

→ 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. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

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

제2관 보험금의 지급

제3조 ["순환계질환 I"의 정의 및 진단확정]

- ① 이 특약에 있어서 "순환계질환 I"이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표3(순환계질환 I 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
- ② 순환계질환 I의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 "의료기관"이라 합니다)의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 내려져야 합니다.
- ③ 순환계질환 I의 진단은 병력과 함께 혈액검사, 신경학적 검사, 심전도검사, 심도자검사, 심장 초음파검사, 혈액 중 심장 효소검사, 핵의학 검사, 뇌척수액검사, 혈관 도플러검사, 경동맥초음파, 컴퓨터단층촬영(CT), 자기공명영상촬영(MRI), 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화 단층촬영(SPECT), 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술, 대동맥조영술 등의 영상의학적 검사를 기초로 하여야 합니다.
- ④ 제 2 항 및 제 3 항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 순환계질환 I으로 진단 또는 치료를 받았음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조 ["급여 MRI촬영"의 정의]

- ① 이 특약에 있어서 "급여 MRI 촬영"이라 함은 의료기관의 의사에 의하여 "순환계질환 I"의 진단 및 치료를 위하여 필요하다고 인정된 경우로서 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 급여 MRI 촬영 분류표(별표 4 "급여 MRI 촬영 분류표" 참조)에서 정한 의료행위를 말합니다.

【의료행위】

의료행위란 보건복지부에서 고시하는 "건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수"에서 정한 수가코드를 말합니다.

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

제5조 ["급여 양전자단층촬영(PET)"의 정의]

- ① 이 특약에 있어서 "급여 양전자단층촬영(PET)"이라 함은 의료기관의 의사에 의하여 "순환계질환 I"의 진단 및 치료를 위하여 필요하다고 인정한 경우로서 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 급여 양전자단층촬영(PET) 분류표(별표 5 "급여 양전자단층촬영(PET) 분류표" 참조)에서 정한 의료행위를 말합니다.
- ② 제 1 항의 "급여 양전자단층촬영(PET)"은 의료기관에서 의사의 관리하에 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

제6조 ["급여 CT촬영"의 정의]

- ① 이 특약에 있어서 "급여 CT 촬영"이라 함은 의료기관의 의사에 의하여 "순환계질환 I"의 진단 및 치료를 위하여 필요하다고 인정된 경우로서 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 급여 CT 촬영 분류표(별표 6 "급여 CT 촬영 분류표" 참조)에서 정한 의료행위를 말합니다.
- ② 제 1 항의 "급여 CT 촬영"은 의료기관에서 의사의 관리하에 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

제7조 ["급여 인공호흡기치료(12시간초과)"의 정의]

- ① 이 특약에 있어서 "급여 인공호흡기치료(12 시간초과)"라 함은 의료기관의 의사에 의하여 "순환계질환 I"의 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 급여 인공호흡기치료(12 시간초과) 분류표(별표 7 "급여 인공호흡기치료(12 시간초과) 분류표" 참조)에서 정한 의료행위를 말합니다.
- ② 제 1 항의 "급여 인공호흡기치료(12 시간초과)"는 의료기관에서 의사의 관리하에 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

제8조 【“급여 부분체외순환치료”의 정의】

- ① 이 특약에 있어서 “급여 부분체외순환치료”이라 함은 의료기관의 의사에 의하여 “순환계질환 I”의 치료를 직접적인 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 급여 부분체외순환치료 분류표(별표 8 “급여 부분체외순환치료 분류표” 참조)에서 정한 의료행위를 말합니다.
- ② 제 1 항의 “급여 부분체외순환치료”는 의료기관에서 의사의 관리하에 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

제9조 【“입원” 및 “통원”의 정의】

- ① 이 특약에 있어서 “입원” 이라 함은 의사에 의하여 “순환계질환 I”의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② 이 특약에 있어서 “통원” 이라 함은 의사에 의하여 “순환계질환 I”의 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입원하지 않고 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제10조 【“급여 전문재활치료”의 정의】

- ① 이 특약에 있어서 “급여 전문재활치료”라 함은 순환계질환 I 의 치료로 인한 구조적 손상과 기능적 장애를 치료하기 위해 의료기관에서 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드 중 급여 전문재활치료 분류표(별표 9 “급여 전문재활치료 분류표” 참조)에서 정한 의료행위를 말합니다.
- ② 제 1 항의 “급여 전문재활치료”는 의료기관에서 의사의 관리하에 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우에 한합니다.

제11조 【법령 개정에 따른 특약 내용의 변경】

- ① 제 4 조(“급여 MRI 촬영”의 정의)의 “급여 MRI 촬영”, 제 5 조(“급여 양전자단층촬영(PET)”의 정의)의 “급여 양전자단층촬영(PET)”, 제 6 조(“급여 CT 촬영”의 정의)의 “급여 CT 촬영”, 제 7 조(“급여 인공호흡기치료(12 시간초과)”의 정의)의 “급여 인공호흡기치료(12 시간초과)”, 제 8 조(“급여 부분체외순환치료”의 정의)의 “급여 부분체외순환치료” 및 제 10 조(“급여 전문재활치료”의 정의)의 “급여 전문재활치료”가 「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 MRI 촬영”, “급여 양전자단층촬영(PET)”, “급여 CT 촬영”, “급여 인공호흡기치료(12 시간초과)”, “급여 부분체외순환치료” 및 “급여 전문재활치료”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 개정으로 따라 보험금 지급사유 관련 판정기준 제도가 폐지되는 경우
 - 2. 법령의 개정으로 따라 보험금 지급사유 관련 판정기준 제도의 변경으로 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우
 - 3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정으로 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 12 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.

제12조 【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자에게 이 특약의 보험기간 중 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1

“보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 피보험자가 보험기간 중 의사에 의하여 “순환계질환 I”의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 “급여 MRI촬영”을 받았을 때(단, 연간1회를 한도로 함) : 급여 순환계질환 I MRI촬영급여금
2. 피보험자가 보험기간 중 의사에 의하여 “순환계질환 I”의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 “급여 양전자단층촬영(PET)”을 받았을 때(단, 연간1회를 한도로 함) : 급여 순환계질환 I 양전자단층촬영(PET)급여금
3. 피보험자가 보험기간 중 의사에 의하여 “순환계질환 I”의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 “급여 CT촬영”을 받았을 때(단, 연간1회를 한도로 함) : 급여 순환계질환 I CT촬영급여금
4. 피보험자가 보험기간 중 “순환계질환 I”으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 “급여 인공호흡기치료(12시간초과)”를 받았을 때(단, 연간1회를 한도로 함) : 급여 순환계질환 I 인공호흡기치료(12시간초과)급여금
5. 피보험자가 보험기간 중 “순환계질환 I”으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 “급여 부분체외순환치료”를 받았을 때(단, 연간1회를 한도로 함) : 급여 순환계질환 I 부분체외순환치료급여금
6. 피보험자가 보험기간 중 “순환계질환 I”으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 “입원 급여 전문재활치료”를 받았을 때(단, 1일 1회한, 연간15회를 한도로 함) : 입원 급여 순환계질환 I 전문재활치료급여금
7. 피보험자가 보험기간 중 “순환계질환 I”으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 “통원 급여 전문재활치료”를 받았을 때(단, 1일 1회한, 연간15회를 한도로 함) : 통원 급여 순환계질환 I 전문재활치료급여금

제13조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- ② 보험계약일로부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 제12조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당 보험금의 50%를 지급합니다.
- ③ 제12조(보험금의 지급사유)의 “급여 순환계질환 I MRI촬영급여금”, “급여 순환계질환 I 양전자단층촬영(PET)급여금”, “급여 순환계질환 I CT촬영급여금”, “급여 순환계질환 I 인공호흡기치료(12시간초과)급여금” 및 “급여 순환계질환 I 부분체외순환치료 급여금”은 각각 연간1회 한도로 지급하며, “입원 급여 순환계질환 I 전문재활치료 급여금” 및 “통원 급여 순환계질환 I 전문재활치료 급여금”은 각각 1일 1회한, 연간 15회 한도로 지급합니다. 이때 ‘연간’이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 보험계약 해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연도의 보험계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 보험계약해당일로 합니다.
- ④ 보험수익자와 회사가 제12조(보험금의 지급사유)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.

제14조 【보험금 등의 청구】

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(순환계질환 I 진단확인서, 검사결과지, 진료비 세부내역서(급여수가코드(EDI코드 필수포함)), 진료비계산서, 진단서(진단명, 진단코드 포함), 진료기록부(재활치료의 경우 「재활치료의 원인」 필수 기재) 또는 사망진단서 등)
[단, 진료비세부내역서 등에서 급여수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.]

【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 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제15조 【보험금 등의 지급절차】

- ① 회사는 제14조(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 보험금 등을 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 중 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제14조(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 책임 있는 사유로 인하여 보험금 지급사유 조사의 확인이 지연되는 경우
6. 제13조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제4항에 따라 보험금지급사유 등에 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

제16조 【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 보험회사의 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 따라 효력이 없어진 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 등으로 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 효력을 갖습니다.
2. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 ‘보험료 및 해약환급금 산출방법서’에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하여 드리고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

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.

⑤ 제3항 제2호의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제14조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제15조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표2(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에서 정한 이율을 연단위 복리로 계산합니다.

【계약자적립액】

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

제17조 【특약내용의 변경】

- ① 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재합니다.
- ② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제23조(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.

제18조 【특약의 보험기간】

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

제4관 보험료의 납입

제19조 【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 제16조(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, 제16조(특약의 체결 및 소멸) 제2항의 경우 특약의 청약을 승낙한 경우에는 제1회 특약보험료를 받은 때부터 이 특약이 정하는 바에 따라 보장합니다.

제20조 【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 의하여 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 제23조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제21조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

- ① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
- ② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.
- ③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제19조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제3항의 규정을 준용합니다.

제5관 계약의 해지 및 해약환급금

제22조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제23조(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.

제23조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 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. 1 종(해약환급금 미지급형Ⅱ)은 2 종(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 2 종(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

제24조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

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

(별표1) 보험금 지급기준표

보험금 지급기준표

[기준: 특약보험가입금액]

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
급여 순환계질환 I MRI촬영급여금	피보험자가 보험기간 중 의사에 의하여 “순환계질환 I”의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 “급여 MRI 촬영”을 받았을 때(단, 연간 1 회를 한도로 함)	특약보험가입금액의 1% (단, 보험계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 지급사유가 발생하였을 경우에는 상기 금액의 50%를 지급함)
급여 순환계질환 I 양전자단층촬영(PET)급여금	피보험자가 보험기간 중 의사에 의하여 “순환계질환 I”의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 “급여 양전자단층촬영(PET)”을 받았을 때(단, 연간 1 회를 한도로 함)	특약보험가입금액의 1% (단, 보험계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 지급사유가 발생하였을 경우에는 상기 금액의 50%를 지급함)
급여 순환계질환 I CT촬영급여금	피보험자가 보험기간 중 의사에 의하여 “순환계질환 I”의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 “급여 CT 촬영”을 받았을 때(단, 연간 1 회를 한도로 함)	특약보험가입금액의 1% (단, 보험계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 지급사유가 발생하였을 경우에는 상기 금액의 50%를 지급함)
급여 순환계질환 I 인공호흡기치료 (12시간초과)급여금	피보험자가 보험기간 중 “순환계질환 I”으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 “급여 인공호흡기치료(12 시간초과)”를 받았을 때(단, 연간 1 회를 한도로 함)	특약보험가입금액의 10% (단, 보험계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 지급사유가 발생하였을 경우에는 상기 금액의 50%를 지급함)
급여 순환계질환 I 부분체외순환치료급여금	피보험자가 보험기간 중 “순환계질환 I”으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로	특약보험가입금액의 50% (단, 보험계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 지급사유가 발생하였을 경우에는

	"급여 부분체외순환치료"를 받았을 때(단, 연간 1 회를 한도로 함)	상기 금액의 50%를 지급함)
입원 급여 순환계질환 I 전문재활치료급여금	피보험자가 보험기간 중 "순환계질환 I"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 "입원 급여 전문재활치료"를 받았을 때(단, 1일 1회한, 연간15회를 한도로 함)	특약보험가입금액의 0.3% (단, 보험계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 지급사유가 발생하였을 경우에는 상기 금액의 50%를 지급함)
통원 급여 순환계질환 I 전문재활치료급여금	피보험자가 보험기간 중 "순환계질환 I"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 "통원 급여 전문재활치료"를 받았을 때(단, 1일 1회한, 연간15회를 한도로 함)	특약보험가입금액의 0.3% (단, 보험계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 지급사유가 발생하였을 경우에는 상기 금액의 50%를 지급함)

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

2. 보험계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 "급여 순환계질환 I MRI촬영급여금", "급여 순환계질환 I 양전자단층촬영(PET)급여금", "급여 순환계질환 I CT촬영급여금", "급여 순환계질환 I 인공호흡기치료(12시간초과)급여금", "급여 순환계질환 I 부분체외순환치료급여금", "입원 급여 순환계질환 I 전문재활치료 급여금" 및 "통원 급여 순환계질환 I 전문재활치료 급여금"의 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 해당 보험금의 50%를 지급합니다.
3. 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
4. "급여 순환계질환 I MRI촬영급여금", "급여 순환계질환 I 양전자단층촬영(PET)급여금", "급여 순환계질환 I CT촬영급여금", "급여 순환계질환 I 인공호흡기치료(12시간초과)급여금" 및 "급여 순환계질환 I 부분체외순환치료급여금" 은 각각 연간1회 한도로 지급하며, "입원 급여 순환계질환 I 전문재활치료 급여금" 및 "통원 급여 순환계질환 I 전문재활치료 급여금"은 각각 1일 1회한, 연간 15회 한도로 지급합니다. 이때 '연간'이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 보험계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연도의 보험계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 보험계약해당일로 합니다.

(별표2) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	적립기간	지급이자
급여 순환계질환 I MRI촬영급여금, 급여 순환계질환 I 양전자단층촬영(PET)급여금, 급여 순환계질환 I CT촬영급여금, 급여 순환계질환 I 인공호흡기치료(12시간초과)급여금, 급여 순환계질환 I 부분체외순환치료급여금,, 입원 급여 순환계질환 I 전문재활치료급여금, 통원 급여 순환계질환 I 전문재활치료급여금, 계약자적립액 (제12조, 제16조 제3항)	지급기일의 다음날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일 이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일 이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일 이후 기간	보험계약대출이율+가산이율(8.0%)
해약환급금 (제23조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내: 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 적용시 제15조(보험금 등의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

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) 순환계질환 I 분류표

순환계질환 I 분류표

- I. 약관에서 규정하는 “순환계질환 I”으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행) 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. 심장침범에 대한 언급이 없는 류마티스열	I00
2. 심장 침범이 있는 류마티스열	I01
3. 류마티스무도병	I02
4. 류마티스성 승모판질환	I05
5. 류마티스성 대동맥판질환	I06
6. 류마티스성 삼첨판질환	I07
7. 다발판막질환	I08
8. 기타 류마티스심장질환	I09
9. 협심증	I20
10. 급성심근경색증	I21
11. 후속 심근경색증	I22
12. 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
13. 기타 급성 허혈심장질환	I24
14. 만성 허혈심장병	I25
15. 폐색전증	I26
16. 기타 폐성 심장질환	I27
17. 폐혈관의 기타 질환	I28
18. 급성 심장막염	I30
19. 심장막의 기타질환	I31
20. 달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
21. 급성 및 아급성 심내막염	I33
22. 상세불명 판막의 심내막염	I38
23. 급성 심근염	I40
24. 달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
25. 심근병증	I42
26. 달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
27. 방실차단, 2도	I44.1
28. 완전방실차단	I44.2
29. 기타 및 상세불명의 심방실차단	I44.3
30. 인공소생에 성공한 심장정지	I46.0
31. 발작성 빈맥	I47
32. 심방세동 및 조동	I48
33. 기타 심장부정맥	I49
34. 심부전	I50
35. 거미막하 출혈	I60
36. 뇌내출혈	I61

37. 기타 비외상성 두개내 출혈	I62
38. 뇌경색증	I63
39. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
40. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
41. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
42. 기타 뇌혈관 질환	I67
43. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
44. 순환계질환 I 의 후유증	I69
45. 대동맥동맥류 및 박리	I71
46. 기타 동맥류 및 박리	I72
47. 동맥색전증 및 혈전증	I74
48. 동맥 및 세동맥의 기타 장애	I77
49. 문맥혈전증	I81
50. 식도정맥류	I85
51. 달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반하지 않은 식도정맥류	I98.2
52. 달리 분류된 질환에서의 출혈을 동반한 식도정맥류	I98.3

주) 제10차 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) 급여 MRI촬영 분류표

급여 MRI촬영 분류표

약관에서 규정하는 “급여 MRI촬영”으로 분류되는 항목은 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제3장(영상진단 및 방사선치료료) 중 다음에 적은 분류번호를 말합니다.

대상이 되는 항목	분 류 번 호
자기공명영상진단(MRI)	다-246

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.

(별표5) 급여 양전자단층촬영(PET) 분류표

급여 양전자단층촬영(PET) 분류표

약관에서 규정하는 “급여 양전자단층촬영(PET)”으로 분류되는 항목은 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제3장(영상진단 및 방사선치료료) 중 다음에 적은 분류번호를 말합니다.

대상이 되는 항목	분 류 번 호
양전자방출단층촬영(PET)	다-339

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.

(별표6) 급여 CT촬영 분류표

급여 CT촬영 분류표

약관에서 규정하는 “급여 CT촬영”로 분류되는 항목은 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제3장(영상진단 및 방사선치료료) 중 다음에 적은 분류번호를 말합니다.

대상이 되는 항목	분 류 번 호
일반 전산화단층영상진단(CT)	다-245
Cone Beam 전산화단층영상진단(CT)	다-245-1

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.

(별표7) 급여 인공호흡기치료(12시간초과) 분류표

급여 인공호흡기치료(12시간초과) 분류표

약관에서 규정하는 “급여 인공호흡기치료(12시간초과)”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. 인공호흡[기관내삽관료 별도]-12시간초과1일당	M5860
2. 인공호흡[기관내삽관료 별도]-12시간초과1일당(신생아 중환자실에서 고빈도 진동 호흡모드 이용)	M0860

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.

(별표8) 급여 부분체외순환치료 분류표

급여 부분체외순환치료 분류표

약관에서 규정하는 “급여 전문재활치료”로 분류되는 항목은 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제7장(이학요법료) 중 다음에 적은 수가코드를 말합니다.

대상이 되는 항목	수 가 코 드
1. 부분체외순환	O1901
2. 부분체외순환10시간초과일일부터[1일당]	O1902
3. 체외순환막형산화요법-시술당일	O1903
4. 체외순환막형산화요법-익일 이후 [1일당]-10시간 초과 계속 사용	O1904
5. 부분체외순환-ILA Membrane Ventilator 사용	O1905
6. 부분체외순환10시간초과일일부터[1일당]-ILA Membrane Ventilator 사용	O1906

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.

(별표9) 급여 전문재활치료 분류표

급여 전문재활치료 분류표

약관에서 규정하는 “급여 전문재활치료”로 분류되는 항목은 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제7장(이학요법료) 중 다음에 적은 수가코드를 말합니다.

대상이 되는 항목	수 가 코 드
1. 풀치료-보행풀[1일당]	MM047
2. 풀치료-전신풀[1일당]	MM048
3. 중추신경계발달재활치료	MM105
4. 작업치료-단순작업치료	MM111
5. 작업치료-복합작업치료	MM112
6. 작업치료-특수작업치료	MM113
7. 일상생활동작훈련치료[1일당]	MM114
8. 신경인성방광훈련치료	MM120
9. 근막동통유발점주사자극치료[1일당]	MM131
10. 근막동통유발점주사자극치료[1일당]-2부위이상각각 실시	MM132
11. 재활사회사업-개인력조사	MM141
12. 재활사회사업-사회사업상담	MM142
13. 재활사회사업-가정방문	MM143
14. 기능적전기자극치료	MM151
15. 호흡재활치료[1일당]	MM290
16. 재활기능치료-매트밋이동치료	MM301
17. 재활기능치료-보행치료	MM302
18. 재활기능치료-보행치료(뇌졸중 환자에게 로봇을 사용한 보행훈련)	MM304
19. 연하장애재활치료	MX141
20. 연하재활 기능적전기자극치료	MZ008

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.