

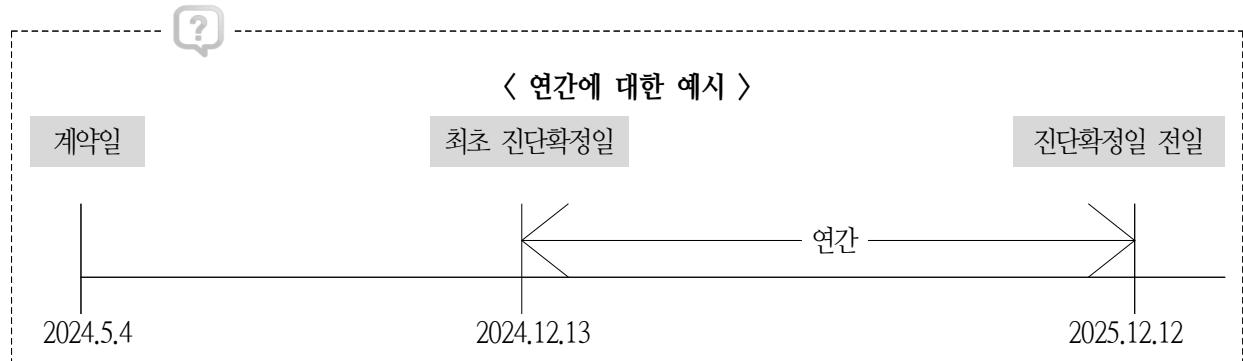
- 2-167. 뇌혈관·허혈심장질환주요치료비(치료별연간1회한, 진단후10년)(요양병원제외) 특별약관
 2-168. 뇌혈관·허혈심장질환주요치료비(치료별연간1회한, 진단후10년)(요양병원제외) 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 '뇌혈관질환' 또는 '허혈심장질환'으로 최초 진단확정되고 '보험금 지급기간' 이내에 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다.)에서 '뇌혈관질환' 또는 '허혈심장질환'의 직접적인 치료를 목적으로 '뇌혈관·허혈심장질환 특정치료' 또는 '뇌혈관·허혈심장질환 종합병원 중환자실치료'를 받은 경우 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 뇌혈관·허혈심장질환주요치료비(요양병원제외)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 보험금은 최초 진단확정일로부터 최대 10년간, '뇌혈관·허혈심장질환 특정치료' 또는 '뇌혈관·허혈심장질환 종합병원 중환자실치료' 각각 연간 1회를 한도로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 지급사유)에서 '보험금 지급기간'이라 함은 '뇌혈관질환' 또는 '허혈심장질환' 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며, 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다. 요양병원은 제외합니다.)에서 '뇌혈관질환' 또는 '허혈심장질환'의 직접적인 치료를 목적으로 '뇌혈관·허혈심장질환 특정치료' 또는 '뇌혈관·허혈심장질환 종합병원 중환자실치료'를 받은 경우 보험금 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 '연간'이란, '뇌혈관질환' 또는 '허혈심장질환' 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 진단확정일('뇌혈관질환' 또는 '허혈심장질환' 최초 진단확정일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 진단확정일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 진단확정일로 합니다.

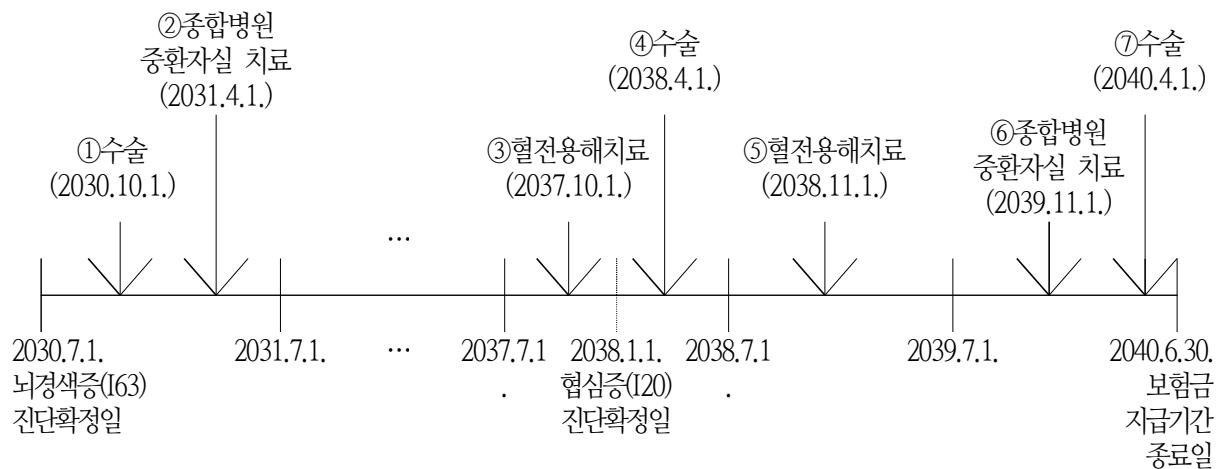


- ③ 피보험자가 보험기간 중 '뇌혈관질환' 또는 '허혈심장질환'으로 최초 진단확정되고 보험기간이 만료되더라도 '보험금 지급기간'이 만료되지 않았을 경우에는 보험기간 만기와 관계없이 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ④ 회사는 피보험자가 제5조(뇌혈관·허혈심장질환 특정치료 및 뇌혈관·허혈심장질환 종합병원 중환자실치료의 정의)에서 정한 '뇌혈관·허혈심장질환 특정치료'를 각각 연 1회이상 이용한 경우에도 1회의 이용으로 간주하여 하나의 보험금만 지급합니다.
- ⑤ 회사는 피보험자가 제5조(뇌혈관·허혈심장질환 특정치료 및 뇌혈관·허혈심장질환 종합병원 중환자실치료의 정의)에서 정한 '뇌혈관·허혈심장질환 종합병원 중환자실치료'를 각각 연 1회이상 이용한 경우에도 1회의 이용으로 간주하여 하나의 보험금만 지급합니다.
- ⑥ 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.



〈뇌혈관·허혈심장질환주요치료비(치료별연간1회한, 진단후10년)(요양병원제외) 보험금 지급 예시〉

- 보험계약일 : 2025년 3월 1일, 10년만기
- 보험가입금액 : 200만원
- 뇌경색증(I63) 최초 진단확정일 : 2030년 7월 1일
- 협심증(I20) 최초 진단확정일 : 2038년 1월 1일



최초진단 후 1차년도	최초진단 후 2~7차년도	최초진단 후 8차년도	최초진단 후 9차년도	최초진단 후 10차년도
① 수술(I63) 보험금 200만원 지급	-	③ 혈전용해치료(I63) 보험금 200만원 지급	⑤ 혈전용해치료(I20) 보험금 200만원 지급	⑥ 종합병원 중환자실 치료(I20) 보험금 200만원 지급
② 종합병원 중환자실 치료(I63) 보험금 200만원 지급	-	④ 수술(I20) 보험금 미지급 (뇌혈관·허혈심장질환 특정치료 연간1회한 초과)	-	⑦ 수술(I20) 보험금 200만원 지급

※ 뇌경색증(I63) 최초 진단확정일(2030년 7월 1일) 이후에 협심증(I20)을 최초 진단받더라도 '보험금 지급 기간'은 뇌경색증(I63) 최초 진단확정일(2030년 7월 1일)로부터 10년입니다.

제3조(뇌혈관질환의 정의 및 진단확정)

- 이 특별약관에 있어서 '뇌혈관질환'이라 함은 〈별표16〉 '뇌혈관질환 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
- 제1항의 뇌혈관질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 컴퓨터 단층촬영(Brain CT Scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관 조영검사, 양전자방출 단층촬영(PET), 단일광자 단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사 등을 기초로 하여야 합니다.
- 피보험자가 사망하여 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.
 - 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 - 부검감정서상 사인이 뇌혈관질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제4조(허혈심장질환의 정의 및 진단확정)

- 이 특별약관에 있어서 '허혈심장질환'이라 함은 〈별표19〉 '허혈심장질환 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.

- ② 제1항의 허혈심장질환의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 복력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사 등을 기초로 하여야 합니다.
- ③ 피보험자가 사망하여 제2항의 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.
1. 보험기간 중 허혈심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서상 사인이 허혈심장질환으로 확정되거나 추정되는 경우

제5조(뇌혈관·허혈심장질환 특정치료 및 뇌혈관·허혈심장질환 종합병원 중환자실치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 '뇌혈관·허혈심장질환 특정치료'라 함은 '뇌혈관질환' 또는 '허혈심장질환'의 직접적인 치료를 목적으로 '수술', '혈전용해치료'를 받은 경우를 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 '뇌혈관·허혈심장질환 종합병원 중환자실치료'라 함은 '뇌혈관질환' 또는 '허혈심장질환'의 직접적인 치료를 목적으로 '종합병원 중환자실치료'를 받은 경우를 말합니다.

제6조(수술, 혈전용해치료 및 종합병원 중환자실 치료의 정의)

- ① 이 특별약관에서 '수술'이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 '뇌혈관질환' 또는 '허혈심장질환'의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 '뇌혈관질환' 또는 '허혈심장질환'의 직접적인 치료를 목적으로 의료 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다. 단, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK), 미용성형 목적의 수술, 피임목적의 수술 및 검사, 진단을 위한 수술(생검, 복강경검사 등), 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술은 제외합니다.
- ② 제1항의 '수술'은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ③ 제1항의 '수술'에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.
- ④ 이 특별약관에서 '혈전용해치료'라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 면허를 가진 자에 의하여 피보험자가 '뇌혈관질환' 또는 '허혈심장질환'의 직접적인 치료를 목적으로 '혈전용해제'를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.
- ⑤ 제4항의 '혈전용해제'라 함은 뇌혈관 및 심혈관 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위해 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주사하는 약물(tPA, tissue plasminogen activator 또는 Urokinase 등)을 말하며, 항응고제(해파린 등) 및 경구용 약제(Plavix, Aspirin 등)는 제외됩니다.
- ⑥ 제5항에서 혈전용해제를 투여하지 않은 기계적혈전제거술(카테터 등)은 혈전용해치료에서 제외됩니다.
- ⑦ 이 특별약관에서 '종합병원 중환자실치료'라 함은 의사에 의하여 '뇌혈관질환' 또는 '허혈심장질환'으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 '뇌혈관질환' 또는 '허혈심장질환'으로 제7조(종합병원의 정의)에서 정한 종합병원의 중환자실에 입실하여 의사의 관리하에 치료를 받은 경우를 말합니다.
- ⑧ 제7항의 '중환자실'이라 함은 '의료법' 시행규칙 별표4에서 정한 중환자실을 말합니다. 다만, 의료법상 기준과 규격에 부합하지 않는 집중치료실, 무균실, 격리병실 등을 제외하며, 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관은 제외합니다.



〈 절단(切斷) 〉

특정부위를 잘라 내는 것

〈 절제(切除) 〉

특정부위를 잘라 없애는 것

〈 흡인(吸引) 〉

주사기 등으로 빨아들이는 것

〈 천자(穿刺) 〉

바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것

〈 신의료기술평가위원회 〉

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

〈 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(예시) 〉

- 체외충격파쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않는 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 전기소작술
- IPL(Intense Pulsed Light) : 아이피엘레이저시술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치
- 추간판 관련 경막외 신경차단술

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제7조(종합병원의 정의)

이 특별약관에서 '종합병원'이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말하며, 의료법 및 관련 법률이 변경된 경우에는 변경된 기준을 적용합니다.



[의료법 제3조의3(종합병원)]

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 100개 이상의 병상을 갖출 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.

제8조(보험료의 납입면제)

- ① 회사는 보험료 납입기간 중 보통약관 제30조(보험료의 납입면제)에서 정한 보장보험료 납입면제 사유가 발생하고 이 특별약관이 유효한 경우에는 이 특별약관의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제9조(계약의 자동갱신, 보험료 납입방법 및 자동갱신의 적용)에 의하여 계약이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 계약의 보장보험료를 납입하여야 합니다.

제9조(계약의 자동갱신, 보험료 납입방법 및 자동갱신의 적용)

[이 조항은 갱신형 특별약관에만 적용합니다.]

- ① '갱신형 특별약관의 자동갱신 운영(보험료 추가납입) 특별약관'을 따릅니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보험기간 중에 '뇌혈관질환' 또는 '허혈심장질환'으로 최초 진단확정된 경우 이 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 않고, 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 '보험금 지급기간'동안 보장합니다.

제10조(특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입)

- ① 이 특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입은 보통약관 제29조(제2회 이후 보험료의 납입)을 따릅니다.
- ② 제1항에도 불구하고 보험기간 중에 '뇌혈관질환' 또는 '허혈심장질환'으로 최초 진단확정된 경우 차회 이후부터 이 특별약관의 보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.

제11조(해약환급금)

- ① 이 특별약관의 해약환급금은 보통약관 제40조(해약환급금)을 따릅니다.
- ② 제1항에도 불구하고 2종(100세/90세/80세만기, 해약환급금 미지급형 II, 납입면제형)에서 제10조(특별약관의 제2회 이후 보험료의 납입) 제2항에 따라 차회 이후 보험료를 납입하지 않는 사유가 발생한 이후 해지하는 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에 따라 계산한 금액을 해약환급금으로 지급합니다.

제12조(계약의 소멸)

- ① 피보험자가 보험기간 중에 '뇌혈관질환' 또는 '허혈심장질환'으로 최초 진단확정되고 제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에서 정한 '보험금 지급기간'이 경과한 경우에는 이 특별약관은 소멸됩니다. 이 경우 회사는 이 특별약관의 해약환급금을 지급하지 않습니다.
- ② 피보험자의 사망[보통약관 제27조(계약의 소멸) 제2항의 경우를 포함합니다]으로 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우에는 '보험료 및 해약환급금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 이 특별약관의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ④ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 보통약관 제8조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 보통약관 제9조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

< 계약자적립액 >

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

제13조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관[단, 제3조(보험금의 지급사유), 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정), 제6조(보험금을 지급하지 않는 사유), 제11조(중도인출금), 제12조(만기환급금의 지급)의 규정은 제외합니다]을 따릅니다.