

- 2-294. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(181일이상) 특별약관
 2-295. 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(181일이상) 특별약관(갱신형)

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 병원(요양병원, 정신병원 및 한방병원 제외)에 181일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 181일째 입원일부터 사용한 날에 대하여 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 간호·간병통합서비스사용 질병입원비(요양,정신,한방병원제외)(181일이상)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수의자에게 지급합니다. 다만, 보험금의 지급일수는 1회 입원당 185일을 한도로 합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 이를 계속 입원으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 피보험자가 병원(요양병원, 정신병원 및 한방병원 제외)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 직접적인 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 보험금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 보험금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 보험금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

<보장기간 예시>

미보장 (180일)	보장 (185일)	보장제외 (180일)	미보장 (180일)	보장 (185일)
↑ 최초입원일	↑ 181일째 입원일	↑ 퇴원없이 계속입원 보험금이 지급된 최종입원일		↑ 보장재개

- ③ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ④ 제1조(보험금의 지급사유)에서 지급일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날에 대하여 사용일을 합산하여 적용하며, 사용하지 않은 일수에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 경우에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 피보험자가 병원(요양병원, 정신병원 및 한방병원 제외)에 입원하여 치료를 받던 중 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원 시작한 날까지 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑦ 피보험자가 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 병원(요양병원, 정신병원 및 한방병원 제외)으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑧ 피보험자가 병원(요양병원, 정신병원 및 한방병원 제외)에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원으로 해당하게 된 경우 최초로 퇴원하기 전까지의 계속 중인 입원기간에 대하여는 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑨ 피보험자가 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 병원(요양병원, 정신병원 및 한방병원 제외)에 해당하게 된 경우 지정일부터 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

- ⑩ 보험수의자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수의자와 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(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)

이 특별약관에서 '요양병원', '정신병원' 및 '한방병원'이라 함은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원, 정신병원, 한방병원 또는 국외의 요양병원, 정신병원, 한방병원을 말합니다.

제4조(입원의 정의와 장소)

제1조(보험금의 지급사유)에서 '입원'이라 함은 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 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(단, 제3조(요양병원, 정신병원 및 한방병원의 정의)에 해당하는 의료기관은 제외합니다)에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(간호·간병통합서비스의 정의)

이 특별약관에 있어서 '간호·간병통합서비스'라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.



< 의료법 제4조의 2(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 이조에서 "간호·간병통합서비스 제공기관"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
 - ④ 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조3호에 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.
- ※ 향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제6조(보험금을 지급하지 않는 사유)

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. 보험수의자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수의자가 보험금의 일부 보험수의자인 경우에는 다른 보험수의자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장 개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 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. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
9. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
10. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
11. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
12. 정상분만, 치과질환



< 심신상실 >

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태를 말합니다.

< 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증>

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

제7조(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 확인방법을 포함합니다)
 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.
- ③ 제5조(간호·간병통합서비스의 정의)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항 제2호의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

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.

'갱신형 특별약관의 자동갱신 운영(보험료 추가납입) 특별약관'을 따릅니다.

제10조(계약의 소멸)

- ① 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 이 특별약관의 사망 당시의 계약자적립액 및 미경과보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의로 인한 사망의 경우에는 보통약관 제37조(중대사유로 인한 해지)의 규정을 따릅니다.
- ③ 제1항의 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.

제11조(준용규정)

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