

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 '보험기간'이라 합니다) 중에 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 면허를 가진 자(이하 '의사'라 합니다)에 의하여 내려진 일반암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양(이하 '암관련질병'이라 합니다)의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 제4조(급여 자기공명영상진단(MRI)검사의 정의 및 장소)에서 정한 '급여 자기공명영상(MRI) 검사'를 받은 경우 연간 1회에 한하여 아래에 정한 금액을 암 MRI촬영 검사지원비(급여)(이하 '보험금'이라 합니다)로 보험수익자에게 지급합니다.

암 MRI촬영 검사지원비(급여,연간1회한) 특별약관(갱신형)

최초계약		갱신후계약
1년미만	1년이상	
보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%	보험가입금액의 100%

주) 1. '보험가입금액'은 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 의미합니다.

2. '1년 미만'은 가입 후 경과기간 1년 미만 내 검사 시를, '1년 이상'은 가입 후 경과기간 1년 이후 검사 시를 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 '급여 자기공명영상진단(MRI)검사'를 받은 경우에도 연간 1회의 암 MRI촬영 검사지원비만 지급합니다.
- ② 이 특별약관에서 '연간'이란, 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 말합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다. 한도 산정의 기준일자는 제4조(급여 자기공명영상(MRI) 검사의 정의 및 장소)에서 정한 검사를 받은 연, 월, 일로 합니다.
- ③ 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(암, 일반암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 '암'이라 함은 <별표10> '악성 신생물 분류표'에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- ② 이 특별약관에 있어서 암관련질병에 대한 정의는 아래와 같습니다.
 1. '일반암'이라 함은 제1항에서 정한 '암'에서 제2호의 '갑상선암'과 제3호의 '기타피부암'을 제외한 암을 말합니다.
 2. '갑상선암'이라 함은 <별표10> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C73(갑상선의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
 3. '기타피부암'이라 함은 <별표10> '악성 신생물 분류표'의 분류번호 C44(기타 피부의 악성 신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
 4. '제자리암'이라 함은 <별표11> '제자리신생물 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
 5. '경계성종양'이라 함은 <별표12> '행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표'에서 정한 질병을 말합니다.
- ③ 제2항의 암관련질병('일반암', '갑상선암', '기타피부암', '제자리암' 및 '경계성종양')의 진단확정은 병리 또는 진단 검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미

세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 암관련질환의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 해당 질병으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.



< 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

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

제4조(급여 자기공명영상(MRI) 검사의 정의 및 장소)

- ① 이 특별약관에서 '급여 자기공명영상진단(MRI)검사'라 함은 보건복지부에서 고시하는 '건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수'에서 정한 급여 자기공명영상진단(MRI)검사 '수가코드'에 해당하는 의료행위를 받은 경우로서 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 영상진단 및 방사선치료로 항목에서 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.
- ② 제1항의 '급여 자기공명영상진단(MRI) 검사'는 '의사'에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 '의사'의 관리하에 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 행한 의료행위에 한합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 보건복지부에서 고시하는 '건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수'의 개정에 따라 제1항의 '수가코드'가 폐지 또는 변경된 경우에는 급여 자기공명영상진단(MRI) 검사를 하는 시점의 개정된 기준을 적용합니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 보건복지부에서 고시하는 '건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수' 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유)의 지급사유 발생 당시의 '건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수'에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.



< 자기공명영상진단(MRI) >

강한 자기장 내에서 인체에 고주파를 전사해서 반향되는 전자기파를 측정하여 영상을 얻어 질병을 진단하는 검사를 말합니다.

제5조(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 수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 없는 경우 보험금 청구시 수가코드(EDI코드 포함)를 확인할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.)

수가코드는 '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 확인방법을 포함합니다)
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(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 제7조(계약의 자동갱신, 보험료 납입방법 및 자동갱신의 적용)에 의하여 계약이 갱신되는 경우에는 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않으며, 갱신된 계약의 보장보험료를 납입하여야 합니다.

제7조(계약의 자동갱신, 보험료 납입방법 및 자동갱신의 적용)

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

제8조(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 당시 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 적립해 둔 금액을 말합니다.

제9조(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.