

- ③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제2-11조 해약환급금

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 산출방법서에 따라 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 <부표1-1>“보험금 등을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-12조 주계약 약관 규정의 준용

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.



※ 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 또한, 이 특약의 피보험자에게 특약보험기간 중 각 보장계약에 대한 지급사유가 발생하였을 경우 각 보장계약에 한하여 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

※ 1년 미만 : 최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지

[급성뇌경색증 혈전용해치료 보장계약]

구분	지급사유	지급금액
급성뇌경색증 혈전용해치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “급성뇌경색증”으로 진단확정 되고, 특약보험기간 중 그 “급성뇌경색증”의 직접적인 치료를 목적으로 “혈전용해치료”를 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	특약보험가입금액의 10% (다만, 최초계약의 계약일부 터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입 금액의 5%”를 지급함)

[특정 급성심근경색증 혈전용해치료 보장계약]

구분	지급사유	지급금액
특정 급성심근경색증 혈전용해치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “특정 급성심근경색증”으로 진단확정 되고, 특약보험기간 중 그 “특정 급성심근경색증”의 직접적인 치료를 목적으로 “혈전용해치료”를 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	특약보험가입금액의 10% (다만, 최초계약의 계약일부 터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입 금액의 5%”를 지급함)

부표2-2 |

뇌경색증 분류표



별첨2 [표 11-4] 참조

부표2-3 |

특정 급성심근경색증 분류표



별첨2 [표 12-3] 참조

(간편)3대질병간병인사용입원특약 (무배당, 갱신형)



약 관 목 차

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 참조

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

- 제2-1조 특약의 보장개시
- 제2-1조의2 특약의 보험기간 및 갱신
- 제2-1조의3 개별 용어의 정의
- 제2-1조의4 “암” 등의 정의 및 진단확정
- 제2-1조의5 “대장점막내암”의 정의 및 진단확정
- 제2-1조의6 “비침습방광암”의 정의 및 진단확정
- 제2-1조의7 “제자리암”의 정의 및 진단확정
- 제2-1조의8 “경계성종양”의 정의 및 진단확정
- 제2-1조의9 “뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정
- 제2-1조의10 “허혈심장질환”의 정의 및 진단확정
- 제2-1조의11 “3대질병”의 정의
- 제2-1조의12 “간병인”의 정의
- 제2-1조의13 “입원”의 정의와 장소
- 제2-1조의14 “상급종합병원 입원”의 정의와 장소

제2관 보험금의 지급

- 제2-2조 보험금의 지급사유
- 제2-3조 보험금 지급에 관한 세부규정
- 제2-4조 보험금을 지급하지 않는 사유
- 제2-5조 사고증명서
- 제2-6조 보험금 받는 방법의 변경
- 제2-7조 보험수익자의 지정

제3관 특약의 성립과 유지

제2-8조 특약내용의 변경 등

제2-8조의2 법령 등의 개정에 따른 특약내용의 변경

제2-9조 특약의 소멸

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-10조 계약자의 임의해지

제2-11조 해약환급금

제5관 기타사항

제2-12조 주계약 약관 규정의 준용

[부표2-1] 보험금 지급기준표

[부표2-2] 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 갑상선암, 대장점막 내암 및 비침습방광암 제외)

[부표2-3] 제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 및 비침습방광암 제외)

[부표2-4] 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

[부표2-5] 뇌혈관질환 분류표

[부표2-6] 허혈심장질환 분류표

(간편)3대질병간병인사용입원특약(무배당, 갱신형)

- ※ 이 특약은 계약자의 선택에 의해 해당 보험료를 납입함으로써 보장이 가능합니다.
- ※ 계약자가 가입한 보험종목에 따라 특약 명칭은 다음과 같이 변경됩니다.
 - 일반심사형의 경우: “(간편)” 부분이 없습니다.
- ※ “간편심사형”과 “일반심사형” 모두 이 약관을 적용합니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-13조까지를 이 특약 “제1편 일반사항”으로 합니다.

※ [특약 약관] “제1편 일반사항”의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

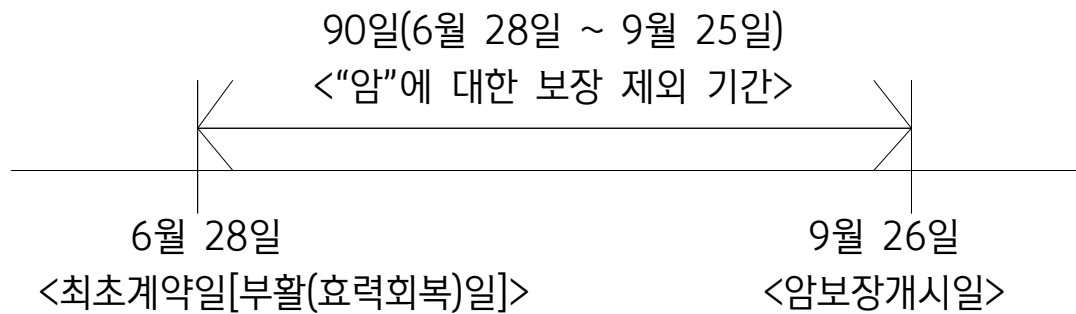
제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 특약의 보장개시

- ① 회사는 이 특약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특약의 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 다만, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제1-13조[보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)]에 따라 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우 이 특약의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 암보장개시일은 제2-1조의4(“암” 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”의 보장이 개시되는 날로, 최초 계약의 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

“암보장개시일” 예시



제2-1조의2 특약의 보험기간 및 갱신

- ① 이 특약의 보험기간은 10년 또는 20년만기 갱신으로 하며, 제2항에 따라 이 특약이 갱신된 경우 이 특약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신 전 계약”이라 합니다)과 동일한 보험기간으로 갱신합니다. 다만, 갱신일부터 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지가 “10년만기의 경우 10년”, “20년만기의 경우 20년” 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지를 이 특약의 보험기간으로 합니다.
- ② 제1-9조(특약의 성립)에도 불구하고 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ③ 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간(다만, 주계약 체결시점에 계약자가 선택한 보험기간으로 하며, 주계약이 갱신형 보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간, 이하 같습니다) 만료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다.
- ④ 제2항에 따라 갱신된 특약에 대해서는 갱신 전 특약의 약관을 준용합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
 2. 제2-9조(특약의 소멸)에 따라 이 특약이 소멸된 경우
 3. 주계약이 갱신형 보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
- ⑥ 갱신계약의 보험료, 계약자적립액 및 해약환급금은 갱신 시점의 나이 및 보험료 산출에 관한 기초율을 적용하여 계산하므로 변동될 수 있습니다.
- ⑦ 회사는 갱신계약의 변경내용 및 보험료 등을 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면, 전화(음성 녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.
- ⑧ 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.

계약자적립액

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

보험료 및 해약환급금 산출방법서

보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율^(※)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류입니다.

(※) 산출기초율 : 계약체결비용, 계약관리비용, 이율 및 위험률 등

제2-1조의3 개별 용어의 정의

제1-2조(용어의 정의) 외에 이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 의료기관 : 의료법 제3조(의료기관)에서 규정(<별첨1> 참조)한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.
2. 상급종합병원 : 의료법 제3조의4(상급종합병원의 지정)에서 규정(<별

- 첨1> 참조)한 상급종합병원을 말합니다.
3. 요양병원 : 의료법 제3조(의료기관)에서 규정(<별첨1> 참조)한 국내의 요양병원을 말합니다.
 4. 의원급 의료기관 : 의료법 제3조(의료기관)에서 규정(<별첨1> 참조)한 국내의 의원을 말합니다.
 5. 병원급 의료기관 : 의료법 제3조(의료기관)에서 규정(<별첨1> 참조)한 국내의 병원을 말합니다.

제2-1조의4 “암” 등의 정의 및 진단확정

- ① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 <부표2-2> “대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암 제외)”에 해당하는 항목을 말합니다. 다만, 아래에 해당하는 질병은 제외합니다.
 1. 분류코드 C44[기타피부의 악성신생물(암)]에 해당하는 질병
 2. 분류코드 C73[갑상선의 악성신생물(암)]에 해당하는 질병
 3. 제2-1조의5(“대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암
 4. 제2-1조의6(“비침습방광암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 비침습방광암
 5. 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)
- ② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C44[기타피부의 악성신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.
- ③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C73[갑상선의 악성신생물(암)]에 해당하는 질병을 말합니다.
- ④ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 병리과 또는 진단검사 의학과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)[다만, “갑상선암”의 경우 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)] 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기

초로 하여야 하며, 이 경우 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

- ⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

암

악성신생물(암)에서 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 비침습방광암을 제외한 암

유의사항

한국표준질병·사인분류 중 분류코드 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]에 해당하는 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위) 일차성 악성신생물(암)을 기준으로 이 약관에서 정한 바에 따라 보장여부 및 보험금 지급액을 결정합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시

- C73[갑상선의 악성신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)]로 진단된 경우에도 C73[갑상선의 악성신생물(암)]으로 진단확정된 것으로 봅니다.
- C50[유방의 악성신생물(암)]이 폐로 전이되어 C78.0[폐의 이차성 악성신생물(암)]로 진단된 경우에도 C50[유방의 악성신생물(암)]으로 진단확정된 것으로 봅니다.
- C16[위의 악성신생물(암)]이 뇌로 전이되어 C79.3[뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(암)]로 진단된 경우에도 C16[위의 악성신생물(암)]으로 진단확정된 것으로 봅니다.

제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때 예시

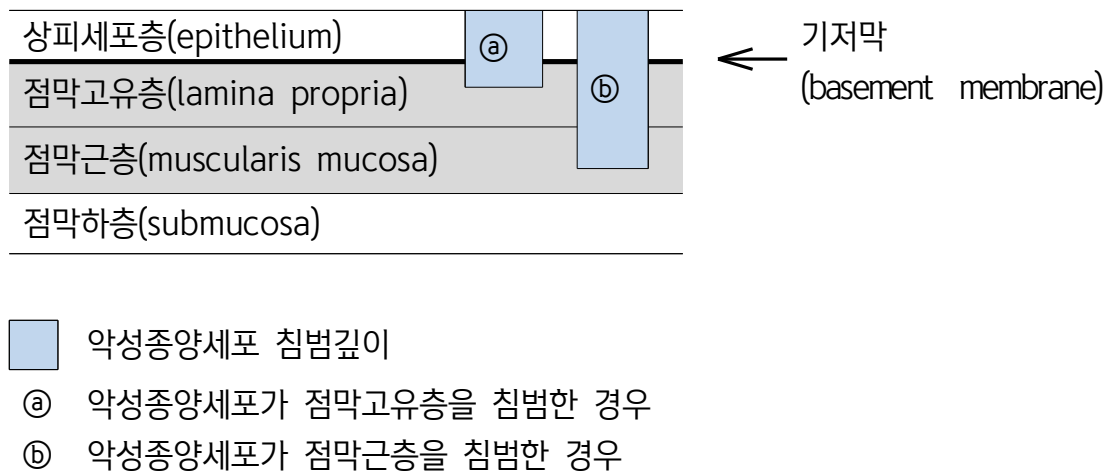
- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우

- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제2-1조의5 “대장점막내암”의 정의 및 진단확정

- ① 이 특약에 있어서 “대장점막내암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 대장의 악성신생물(암)(C18 ~ C20)에 해당하는 질병 중에서 대장의 상피세포층(epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 기저막(basement membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(lamina propria) 또는 점막근층(muscularis mucosa)을 침범하였으나 점막하층(submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말하며, 대장은 맹장, 충수, 결장, 직장을 말합니다.

[대장점막내암 예시]



- ② “대장점막내암”의 진단확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “대장점막내암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “대장점막내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제2항에 따른 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

제2-1조의6 “비침습방광암”의 정의 및 진단확정

- ① 이 특약에 있어서 “비침습방광암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 방광의 악성신생물(암)(C67)에 해당하는 질병 중에서 방광의 이행상피세포층(transitional epithelium)에서 발생한 악성종양 세포가 점막 고유층(lamina propria)까지는 침범하지 않은 비침습유두암(papillary carcinoma) 상태로 “AJCC 암병기설정매뉴얼 [AJCC(American Joint Committee on Cancer) Cancer Staging Manual] 제 8판”에서 정한 병기상 TaNOM0인 방광암을 말합니다.

[비침습방광암 예시]

이행상피세포층(transitional epithelium)	②] 점막층
고유층(lamina propria)		
점막하층(submucosa)		
근육층(muscle)		

 악성종양세포 침범깊이

② 악성종양세포가 점막 이행상피세포층을 침범한 경우

- ② 제1항의 AJCC 암병기설정매뉴얼이 향후 개정되는 경우에는 “비침습방광암”의 진단확정 시점에 적용되는 AJCC 암병기설정매뉴얼을 따릅니다.
- ③ “비침습방광암”의 진단확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경소견을 기초로

하며, 이 경우 "비침습방광암"의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

- ④ 제3항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “비침습방광암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제3항에 따른 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

제2-1조의7 “제자리암”의 정의 및 진단확정

- ① 이 특약에 있어서 “제자리암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 <부표2-3> “제자리의 신생물 분류표(대장점막내암 및 비침습방광암 제외)”에 해당하는 항목을 말합니다. 다만, 제2-1조의5(“대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “대장점막내암” 및 제2-1조의6(“비침습방광암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “비침습방광암”은 제외합니다.
- ② “제자리암”의 진단확정은 병리와 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “제자리암”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “제자리암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제자리암

암(종)세포가 상피와 기저막 사이를 벗어나지 못하고 상피 내부, 즉 제자리에 머물러 있는 신생물. 상피란 신체의 내부나 외부로 싸고 있는 조직을 말함.

제2항에 따른 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

제2-1조의8 “경계성종양”의 정의 및 진단확정

- ① 이 특약에 있어서 “경계성종양”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 <부표2-4> “행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표”에 해당하는 항목을 말합니다.
- ② “경계성종양”의 진단확정은 병리과 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 “경계성종양”의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
- ③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

경계성종양

양성 종양과 악성 종양의 중간 단계, 즉 악성인지 양성인지 구분이 모호한 단계의 신생물

제2항에 따른 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

제2-1조의9 “뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정

- ① 이 특약에 있어서 “뇌혈관질환”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 <부표2-5> “뇌혈관질환 분류표”에 해당하는 항목을 말합니다. 다만, 혈관성 치매 또는 외상성 두개내 출혈로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.
- ② “뇌혈관질환”의 진단확정은 의료기관의 의사(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌전산화단층촬영(brain CT scan), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화단층술(SPECT), 뇌척수액 검사 등을 기초로 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 “뇌혈관질환”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

전산화단층촬영(CT)

Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술

자기공명영상(MRI)

Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법

뇌혈관조영술

뇌 속 혈관의 병변이나 변화를 알아보기 위해 X선에 반응하여 희게

촬영되는 물질(조영제)을 뇌 혈관에 투여한 뒤 촬영하는 기술
단일광자방출 전산화단층술(SPECT)

Single Photon Emission Computed Tomography. γ 선을 방출하는 방사성 동위원소를 체내에 투여하여 그 분포상태의 단면상을 컴퓨터로 재구성하는 촬영법

양전자방출단층술(PET)

Positron Emission Tomography. 양전자를 방출할 때 발생하는 핵의학적 방사능을 이용하여 인체의 단면을 촬영하는 기술

뇌척수액 검사

뇌와 척수를 둘러싸 보호하고 있는 맑은 액체인 뇌척수액의 이상 유무를 알아보는 것

제2-1조의10 “허혈심장질환”의 정의 및 진단확정

- ① 이 특약에 있어서 “허혈심장질환”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 <부표2-6> “허혈심장질환 분류표”에 해당하는 항목을 말합니다.
- ② “허혈심장질환”의 진단확정은 의료기관의 의사(치과의사 제외)에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장 효소검사, 핵의학 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1호 또는 제2호를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.
 1. 보험기간 중 “허혈심장질환”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거가 있는 경우
 2. 부검감정서(검안서 제외)상 사인이 “허혈심장질환”으로 확정되거나 추정되는 경우

제2-1조의11 “3대질병”의 정의

이 특약에 있어서 “3대질병”이라 함은 하기 질병을 말합니다.

- 1-1. 제2-1조의4(“암” 등의 정의 및 진단확정)에서 정한 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”
- 1-2. 제2-1조의5(“대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “대장점

막내암”

- 1-3. 제2-1조의6(“비침습방광암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “비침습방광암”
- 1-4. 제2-1조의7(“제자리암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “제자리암”
- 1-5. 제2-1조의8(“경계성종양”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “경계성종양”
- 2. 제2-1조의9(“뇌혈관질환”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “뇌혈관질환”
- 3. 제2-1조의10(“허혈심장질환”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “허혈심장질환”

제2-1조의12 “간병인”의 정의

- ① 이 특약에서 “간병인”이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료기관에 소속되어 급여를 받는 자, 사업자 등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자, 사업자를 등록한 자 또는 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 것이 확인된 자에 한합니다.
- ② 제1항에서 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 합니다.
- ③ 제1항에서 간병서비스라 함은 간병인이 피보험자가 의료기관에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서 지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)(〈별첨1〉 참조)에서 정한 간호·간병통합서비스는 제외합니다.

간병인의 주요업무 예시

침대 높낮이 조정, 화장실 부축, 체위 변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식돕기, 변기사용 보조 등

제2-1조의13 “입원”의 정의와 장소

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사에 의하여 제2-1조의11에서 정하는 3대질병의 직접적인 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제2-1조의14 “상급종합병원 입원”의 정의와 장소

- ① 이 특약에 있어서 “상급종합병원 입원”이라 함은 의사에 의하여 제2-1조의11에서 정하는 3대질병으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 “상급종합병원”에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- ② “상급종합병원”이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에서 규정(<별첨1> 참조)한 상급종합병원을 말합니다.

상급종합병원

종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 병원으로서, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에 따라 보건복지부장관이 지정한 병원

제2관 보험금의 지급

제2-2조 보험금의 지급사유

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(<부표2-1> “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

[일반심사형]

1. 특약보험기간 중 「피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 “3대질병”으로 진단 확정되고, 특약보험기간 중 그 진단된 “3대질병”으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 상급종합병원에 입원하며 간병인을 사용」하였을 때 : 3대질병 간병인 사용입원급여금(상급종합병원) (다만, 간병인 사용일수 1일당, 1회 입원당 사용일수 30일 한도)
2. 특약보험기간 중 「피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 “3대질병”으로 진단 확정되고, 특약보험기간 중 그 진단된 “3대질병”으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 요양병

원을 제외한 병원급 의료기관 또는 의원급 의료기관에 입원하며 간병인을 사용」하였을 때 : 3대질병 간병인 사용 입원급여금(요양병원 제외) (다만, 간병인 사용일수 1일당, 1회 입원당 사용일수 30일 한도)

3. 특약보험기간 중 「피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 “3대질병”으로 진단 확정되고, 특약보험기간 중 그 진단된 “3대질병”으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 요양병원에 입원하며 간병인을 사용」하였을 때 : 3대질병 간병인 사용 입원급여금(요양병원) (다만, 간병인 사용일수 1일당, 1회 입원당 사용일수 30일 한도)

[간편심사형]

1. 피보험자에게 다음의 사유가 발생한 경우 : 3대질병 간병인 사용 입원급여금(상급종합병원)(다만, 간병인 사용일수 1일당, 1회 입원당 사용일수 30일 한도)
 - 1-1. 특약보험기간 중 「피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 “암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암”으로 진단확정되고, 특약보험기간 중 그 “암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암”으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 상급종합병원에 입원하며 간병인을 사용」하였을 때
 - 1-2. 특약보험기간 중 「피보험자가 보장개시일 이후에 “제자리암”, “경계성종양”, “뇌혈관질환” 및 “허혈심장질환”으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 상급종합병원에 입원하며 간병인을 사용」하였을 때
2. 피보험자에게 다음의 사유가 발생한 경우 : 3대질병 간병인 사용 입원급여금(요양병원 제외) (다만, 간병인 사용일수 1일당, 1회 입원당 사용일수 30일 한도)
 - 2-1. 특약보험기간 중 「피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 “암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암”으로 진단확정되고, 특약보험기간 중 그 “암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암”으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 요양병원을 제외한 병원급 의료기관 또는 의원급 의료기관에 입원하며 간병인을 사용」하였을

때

2-2. 특약보험기간 중 「피보험자가 보장개시일 이후에 “제자리암”, “경계성종양”, “뇌혈관질환” 및 “허혈심장질환”으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 요양병원을 제외한 병원급 의료기관 또는 의원급 의료기관에 입원하며 간병인을 사용」하였을 때

3. 피보험자에게 다음의 사유가 발생한 경우 : 3대질병 간병인 사용 입원급여금(요양병원) (다만, 간병인 사용일수 1일당, 1회 입원당 사용일수 30일 한도)

3-1. 특약보험기간 중 「피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 “암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암”으로 진단확정되고, 특약보험기간 중 그 “암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암”으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 요양병원에 입원하며 간병인을 사용」하였을 때

3-2. 특약보험기간 중 「피보험자가 보장개시일 이후에 “제자리암”, “경계성종양”, “뇌혈관질환” 및 “허혈심장질환”으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 요양병원에 입원하며 간병인을 사용」하였을 때

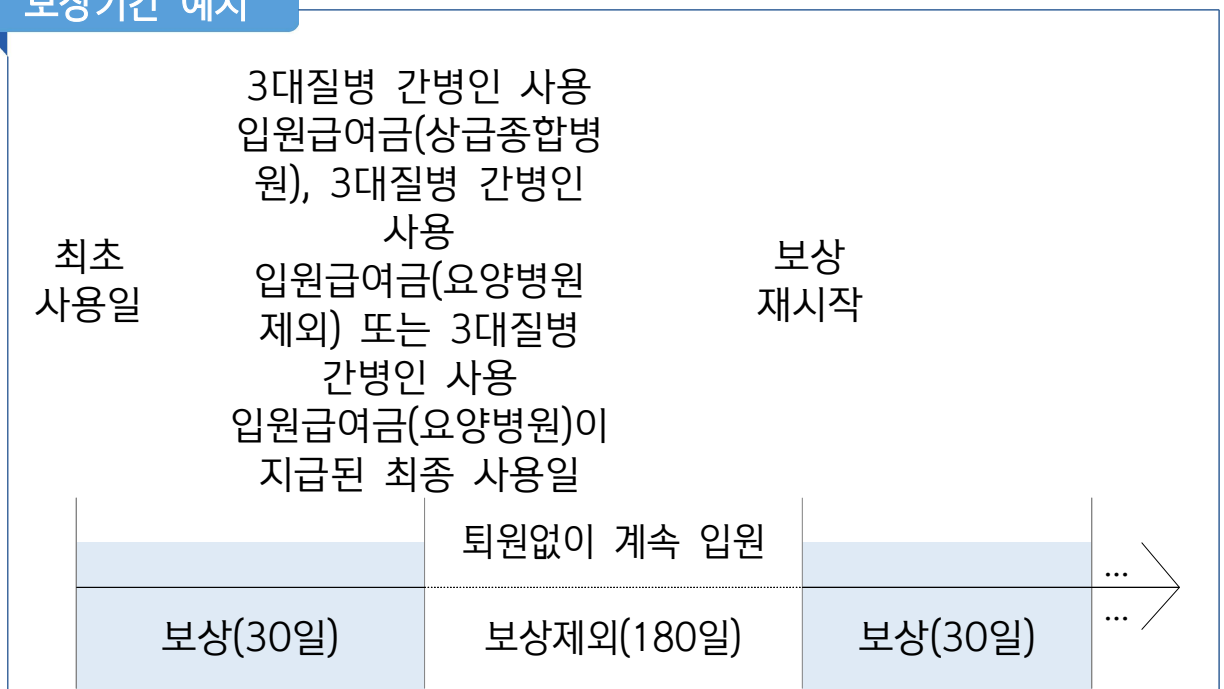
제2-3조 보험금 지급에 관한 세부규정

- ① 특약보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 주계약의 보험료 납입면제가 "보험료의 납입을 면제하는 특약"에 의해 납입면제가 된 경우 그 "보험료의 납입을 면제하는 특약"의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 해당 약관의 「보험료납입면제대상계약」에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.
- ② 제1항에 따라 보험료의 납입이 면제된 이후에 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ③ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 <부표2-1> “보험금 지급기준표”에서 정한 바에 따라 삭감하여 지급합니다.

- ④ 제3항에도 불구하고 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 해당 보험금 지급사유가 발생하고 계속 입원 중에 1년 이상이 될 경우에는 최초계약의 계약일부터 1년 이상이 된 날부터 삭감하지 않습니다.
- ⑤ 보험금의 지급사유가 중복하여 발생한 경우에는 각각에 해당하는 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 계속 입원이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다.
- ⑦ 제6항에도 불구하고 제2-2조(보험금의 지급사유) 제1호 및 제2호의 경우 피보험자가 의료기관(다만, 요양병원 제외)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병으로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 호를 적용합니다.
- ⑧ 제6항에도 불구하고 제2-2조(보험금의 지급사유) 제3호의 경우 피보험자가 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병으로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ⑨ "사용일수" 및 "사용일"은 "간병인"의 사용일수 및 사용일을 말하며, "사용일수", "사용일" 및 "총 사용일"은 제2-2조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제3호에 대해 각각 적용 및 기산합니다.
- ⑩ 제2-2조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제3호의 경우의 사용일수는 각각 1회 입원당 30일을 최고 한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 사용일수는 갱신 전후에 계속되는 총 사용일을 기준으로 1회 입원당 30일을 최고 한도로 하여 계산합니다.
- ⑪ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 질병으로 인하여 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 사용일수를 더하여 제10항을 적용합니다.
- ⑫ 제11항에도 불구하고 동일한 질병에 의한 입원이라도 3대질병 간병인 사용 입원급여금(상급종합병원), 3대질병 간병인 사용 입원급여금(요양병원 제외) 또는 3대질병 간병인 사용 입원급여금(요양병원)이 지급된 최종 사용일의 다음 날부터 180일이 지난 후 사용한 간병인은 새로운 입원에 대한 간병인의 사용으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 3대질병 간병인 사용 입원급여금(상급종합병원), 3대질병 간병인 사용 입원급여금

(요양병원 제외) 또는 3대질병 간병인 사용 입원급여금(요양병원)이 지급된 최종 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원중인 경우에는 3대질병 간병인 사용 입원급여금(상급종합병원), 3대질병 간병인 사용 입원급여금(요양병원 제외) 또는 3대질병 간병인 사용 입원급여금(요양병원)이 지급된 최종 사용일의 다음 날부터 180일이 지난 후 사용한 간병인은 새로운 입원에 대한 간병인의 사용으로 봅니다. 이 조항의 내용은 제2-2조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제3호에 대해 각각 적용됩니다.

보상기간 예시



- ⑬ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 지급사유에 해당하는 입원기간 중 특약 보험기간이 만료되었을 때에는 그 계속 중인 입원기간에 대하여도 제 10항 및 제11항에 따라 계속 간병인 사용 입원급여금을 지급합니다.
- ⑭ 제2-2조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제3호는 간병인을 실제 사용한 날을 각 호 별로 각각 합산하여 적용하며, 간병인을 사용하지 않은 날에 대해서는 간병인 사용 입원급여금을 지급하지 않습니다.

'실제 사용한 날'에 대한 지급 예시

- 요양병원을 제외한 의료기관 및 상급종합병원에 입원한 기간
: 2024년 5월 15일부터 2024년 8월 30일까지
- 상급종합병원 및 요양병원을 제외한 병원급 의료기관 또는 의원급
의료기관에 입원하며 간병인을 실제 사용한 기간 : 2024년 5월
15일부터 2024년 5월 24일까지
- 상급종합병원으로 이전하여 입원하며 간병인을 실제 사용한 기간 :
2024년 5월 25일부터 2024년 6월 3일까지
- 3대질병 간병인 사용 입원급여금(요양병원 제외) 지급대상 사용일수
: 20일
- 3대질병 간병인 사용 입원급여금(상급종합병원) 지급대상 사용일수
: 10일

※ 상기 '실제 사용한 기간' 외의 입원기간에 대해서는 입원급여금을 지급하지 않습니다.

- ⑮ 피보험자가 “상급종합병원 이외의 병원급 의료기관 또는 의원급 의료기관”에 입원하여 치료를 받던 중 제2-1조의14(“상급종합병원 입원”의 정의와 장소) 제2항에서 정한 상급종합병원에 해당하는 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제2-2조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 “3대질병 간병인 사용 입원급여금(상급종합병원)”을 지급합니다.
- ⑯ 피보험자가 제2-1조의14(“상급종합병원 입원”의 정의와 장소) 제2항에서 정한 상급종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 “상급종합병원 이외의 의료기관”으로 이전한 경우 상급종합병원의 퇴원일까지 제10항 및 제2-2조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 “3대질병 간병인 사용 입원급여금(상급종합병원)”을 지급합니다.
- ⑰ 피보험자가 “상급종합병원 이외의 병원급 의료기관 또는 의원급 의료기관”에 입원하여 간병인을 사용하던 중 해당 의료기관이 상급종합병원으로 지정되는 경우, 상급종합병원 지정적용일부터 제10항 및 제2-2조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 “3대질병 간병인 사용 입원급여금(상급종합병원)”을 지급합니다.

- ⑮ 피보험자가 상급종합병원에 입원하여 간병인을 사용하던 중 해당 상급 종합병원이 상급종합병원 지정이 취소된 경우라도, 최초 퇴원일까지 계속 중인 입원기간에 대하여는 제10항 및 제2-2조(보험금의 지급사유) 제1호에 따라 “3대질병 간병인 사용 입원급여금(상급종합병원)”을 지급합니다.
- ⑯ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 제2-2조(보험금의 지급사유) 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑰ 피보험자가 특약보험기간 중 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단 확정된 경우 계약자는 진단일부터 그 날을 포함하여 90일 이내에 이 특약을 취소할 수 있으며, 계약자가 취소할 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 실제 납입한 보험료 누계액(다만, “감액 등으로 회사가 실제 지급한 금액”을 차감한 금액)을 돌려 드립니다.
- ⑱ 제20항에도 불구하고 계약자가 계약의 취소를 선택하지 않은 때에는 최초계약의 계약일[부활(효력회복)일]부터 “암보장개시일” 전일 이전에 진단 확정된 “암”과 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 “암”으로 진단 확정 된 경우라도 회사는 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 최초계약의 계약일[부활(효력회복)일]부터 “암보장개시일” 전일 이전에 “암”으로 진단 확정 되더라도 “암보장개시일”부터 5년이 지나는 동안 그 암으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, “암보장개시일”부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
- ⑲ 제21항의 「“암보장개시일”부터 5년이 지나는 동안」 이라 함은 제1-12조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑳ 주계약이 무효된 경우 제20항 및 제21항에도 불구하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ㉑ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 2가지 이상의 질병을 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 하나의 질병으로 인한 각 호에 해당하는 입원급여금을 지급합니다.

제2-4조 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 해침으로써 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당 보험금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

심신상실

의식은 있으나 심신장애의 정도가 심해 자신의 행위 결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 상태

제2-5조 사고증명서

① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 진료비계산서, 진료비세부내역서, 입원치료확인서, 기타 간병인 사용 확인서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등”을 말합니다.

② 간병인을 사용한 경우 제1항의 “기타 간병인 사용 확인서”를 추가로 제출해야하며 다음 각 호의 서류를 말합니다.

1. 입원간병인 사용확인서(회사양식)

2. 간병인 사용 영수증

사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 현금영수증이어야 합니다.

3. 사업자등록증

③ 제1항의 사고증명서는 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등에서 발급한 것이어야 합니다. 다만, 기타 간병인 사용 확인서는 제2항 각 호에서 정한 내용을 따릅니다.

제2-6조 보험금 받는 방법의 변경

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-7조 보험수익자의 지정

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

법정상속인

법정상속인은 피상속인의 사망으로 인하여 민법의 규정에 의한 상속 순서에 따라 상속받는 자

민법 제 1000조(상속의 순위)

① 상속에 있어서는 다음 순위로 상속인이 된다.

1. 피상속인의 직계비속
2. 피상속인의 직계존속
3. 피상속인의 형제자매
4. 피상속인의 4촌 이내의 방계혈족

② 전항의 경우에 동순위의 상속인이 수인인 때에는 최근친을 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

민법 제 1001조(대습상속)

전조 제1항 제1호와 제3호의 규정에 의하여 상속인이 될 직계비속 또는 형제자매가 상속개시전에 사망하거나 결격자가 된 경우에 그 직계비속이 있는 때에는 그 직계비속이 사망하거나 결격된 자의 순위에 갈음하여 상속인이 된다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

민법 제 1003조(배우자의 상속순위)

- ① 피상속인의 배우자는 제1000조 제1항 제1호와 제2호의 규정에 의한 상속인이 있는 경우에는 그 상속인과 동순위로 공동상속인이 되고 그 상속인이 없는 때에는 단독상속인이 된다.
- ② 제1001조의 경우에 상속개시 전에 사망 또는 결격된 자의 배우자는 동조의 규정에 의한 상속인과 동순위로 공동상속인이 되고 그 상속인이 없는 때에는 단독상속인이 된다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제3관 특약의 성립과 유지

제2-8조 특약내용의 변경 등

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 이 특약을 변경할 수 있습니다. 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 제2-11조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 특약의 보험가입금액을 감액하는 경우 지급하는 해약환급금이 없을 수도 있으며, 감액 이후 보험금 및 해약환급금은 최초 가입 당시에 안내한 금액보다 적을 수 있습니다.

감액처리에 대한 설명

[감액]

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것 (이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.)

[해지]

현재 유지되고 있는 계약이나 또는 효력이 상실된 계약을 장래를 향하여 소멸시키거나 계약 유지 의사를 포기하여 만기일 이전에 계약관계를 청산하는 것

[보험가입금액을 감액할 때의 해약환급금 지급 예시]

보험가입금액을 감액할 때 회사가 지급해야 할 해약환급금이 있는 경우 아래 예시와 같이 해약환급금을 지급합니다.

구 분	감액전	감액후
보험가입금액	1,000만원	500만원
감액시점의 해약환급금	400만원	200만원
감액할 때 지급금액	200만원 (= 400만원 - 200만원)	

제2-8조의2 법령 등의 개정에 따른 특약내용의 변경

- ① 회사는 보험금 지급사유 관련 법령이 개정된 경우에는 보험금 지급사유가 발생한 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 이 특약의 내용을 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 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 해당하는 판정이 불가능한 경우
 3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경

영을 크게 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

- ③ 회사는 제2항에 따라 변경사항을 안내할 경우 특약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내용, 보험료 변경내용, 특약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 안내합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 특약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우 회사는 계약자에게 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”(이하 “산출방법서”라고 합니다)에서 정한 바에 따라 특약내용 변경시점의 이 특약의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
- ⑤ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 특약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제2-9조 특약의 소멸

- ① 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
 - 1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우.
다만, 주계약의 보험금 지급으로 인하여 주계약이 소멸하는 경우 또는 이 특약의 보험료 납입이 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 이 특약은 소멸되지 않습니다.
 - 2. 이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우
- ② 이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망한 경우에는 이 특약의 “산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하며, 제1항에 따라 이 특약은 그때부터 효력이

없습니다.

- ③ 제2항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제1-5조(보험금 등의 청구)의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제1-6조(보험금 등의 지급절차)를 따릅니다. 다만, 제1-6조(보험금 등의 지급절차) 제2항에도 불구하고 계약자적립액 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.
- ④ 제1항 제2호의 및 제2항의 “사망”에는 특약보험기간에 다음 중 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 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

민법 제27조(실종의 선고)

- ① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.
- ② 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

- ⑤ 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 「연명의료중단등결정 및 그 이행」과 관계없이 지급금은 제1항2호 및 제2항에 해당하는 경우 해당 조항에 따라 지급합니다.

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-10조 계약자의 임의해지

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-11조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제2-11조 해약환급금

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 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 <부표1-1> “보험금 등을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-12조 주계약 약관 규정의 준용

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.



[일반심사형의 경우]

구분	지급사유	지급금액
3대질병 간병인 사용 입원급여금 (상급종합병원)	특약보험기간 중 「피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 “3대질병”으로 진단 확정되고, 특약보험기간 중 그 진단된 “3대질병”의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 상급종합병원에 입원하며 간병인을 사용」하였을 때(다만, 1회 입원당 사용일수 30일 한도)	【간병인 사용일수 1일당】 특약보험가입금액의 1% (다만, 최초계약의 계약일부 터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입 금액의 0.5%를 지급함)
3대질병 간병인 사용 입원급여금 (요양병원 제외)	특약보험기간 중 「피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 “3대질병”으로 진단 확정되고, 특약보험기간 중 그 진단된 “3대질병”의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 요양병원을 제외한 병원급 의료기관 또는 의원급 의료기관에 입원하며 간병인을 사용」하였을 때(다만, 1회 입원당 사용일수 30일 한도)	【간병인 사용일수 1일당】 특약보험가입금액의 1.5% (다만, 최초계약의 계약일부 터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입 금액의 0.75%를 지급함)
3대질병 간병인 사용 입원급여금 (요양병원)	특약보험기간 중 「피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 “3대질병”으로 진단 확정되고, 특약보험기간 중 그 진단된 “3대질병”의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 요양병원에 입원하며 간병인을 사용」하였을 때(다만, 1회 입원당 사용일수 30일 한도)	【간병인 사용일수 1일당】 특약보험가입금액의 0.5% (다만, 최초계약의 계약일부 터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입 금액의 0.25%를 지급함)

※ 1년 미만 : 최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이

해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

2. “암보장개시일”은 최초계약의 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.
3. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외한 “암”을 말합니다.
4. “3대질병”은 제2-1조의11(“3대질병”의 정의)에서 정한 “3대질병”을 말합니다.
5. “3대질병 간병인 사용 입원급여금(상급종합병원)”, “3대질병 간병인 사용 입원급여금(요양병원 제외)” 및 “3대질병 간병인 사용 입원급여금(요양병원)”의 사용일수는 각각 1회 입원당 30일을 최고 한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 사용일수는 갱신 전후에 계속되는 총 사용일을 기준으로 1회 입원당 30일을 최고 한도로 하여 계산합니다.

[간편심사형의 경우]

구분	지급사유	지급금액
3대질병 간병인 사용 입원급여금 (상급종합병원)	<p>피보험자에게 다음의 사유가 발생한 경우 (다만, 1회 입원당 사용일수 30일 한도)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 특약보험기간 중 「피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 “암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암”으로 진단확정되고, 특약보험기간 중 그 “암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암”으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 상급종합병원에 입원하며 간병인을 사용」하였을 때 2. 특약보험기간 중 「피보험자가 보장개시일 이후에 “제자리암”, “경계성종양”, “뇌혈관질환” 및 “허혈심장질환”으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 상급종합병원에 입원하며 간병인을 사용」하였을 때 	<p>【간병인 사용일수 1일당】 특약보험가입금액의 1% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 0.5%를 지급함)</p>
3대질병 간병인 사용 입원급여금 (요양병원 제외)	<p>피보험자에게 다음의 사유가 발생한 경우 (다만, 1회 입원당 사용일수 30일 한도)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 특약보험기간 중 「피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 “암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암”으로 진단확정되고, 특약보험기간 중 그 “암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암”으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 요양병원을 제외 	<p>【간병인 사용일수 1일당】 특약보험가입금액의 1.5% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 0.75%를 지급함)</p>

구분	지급사유	지급금액
	<p>한 병원급 의료기관 또는 의원급 의료기관에 입원하며 간병인을 사용」하였을 때</p> <p>2. 특약보험기간 중 「피보험자가 보장 개시일 이후에 “제자리암”, “경계성 종양”, “뇌혈관질환” 및 “허혈심장 질환”으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 요양 병원을 제외한 병원급 의료기관 또는 의원급 의료기관에 입원하며 간 병인을 사용」하였을 때</p>	
3대질병 간병인 사용 입원급여금 (요양병원)	<p>피보험자에게 다음의 사유가 발생한 경우 (다만, 1회 입원당 사용일수 30 일 한도)</p> <p>1. 특약보험기간 중 「피보험자가 보장 개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 “암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암”으로 진단확정되고, 특약보험기간 중 그 “암, 기타피부암, 갑상선암, 대 장점막내암 및 비침습방광암”으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 1 일 이상 계속하여 요양병원에 입원 하며 간병인을 사용」하였을 때</p> <p>2. 특약보험기간 중 「피보험자가 보장 개시일 이후에 “제자리암”, “경계성 종양”, “뇌혈관질환” 및 “허혈심장 질환”으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 요양 병원에 입원하며 간병인을 사용」하 였을 때</p>	<p>【간병인 사용일수 1일당】 특약보험가입금액의 0.5% (다만, 최초계약의 계약일부 터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입 금액의 0.25%를 지급함)</p>

※ 1년 미만 : 최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지

- 주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
2. “암보장개시일”은 최초계약의 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.
3. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외한 “암”을 말합니다.
4. “3대질병”은 제2-1조의11(“3대질병”의 정의)에서 정한 “3대질병”을 말합니다.
5. “3대질병 간병인 사용 입원급여금(상급종합병원)”, “3대질병 간병인 사용 입원급여금(요양병원 제외)” 및 “3대질병 간병인 사용 입원급여금(요양병원)”의 사용일수는 각각 1회 입원당 30일을 최고 한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 사용일수는 갱신 전후에 계속되는 총 사용일을 기준으로 1회 입원당 30일을 최고 한도로 하여 계산합니다.

부표2-2 | 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표
(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암 제외)



별첨2 [표 5-1] 참조

부표2-3 | 제자리의 신생물 분류표
(대장점막내암 및 비침습방광암 제외)



별첨2 [표 6-1] 참조

부표2-4 | 행동양식 불명 또는 미상의 신생물
분류표



별첨2 [표 7] 참조

부표2-5 | 뇌혈관질환 분류표



별첨2 [표 11-1] 참조



별첨2 [표 12-1] 참조

경증이상치매보장특약 (무배당, 해약환급금 미지급형)



약 관 목 차

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 참조

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 특약의 보장개시

제2-1조의2 “경증이상치매상태”의 정의 및 최종 진단확정

제2-1조의3 “중등도이상치매상태”의 정의 및 최종 진단확정

제2-1조의4 보장계약 등의 정의

제2관 보험금의 지급

제2-2조 보험금의 지급사유

제2-3조 보험금 지급에 관한 세부규정

제2-4조 보험금을 지급하지 않는 사유

제2-5조 사고증명서

제2-6조 보험금 받는 방법의 변경

제2-7조 보험수익자의 지정

제3관 특약의 성립과 유지

제2-8조 특약내용의 변경 등

제2-8조의2 “보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)”에 대한 특칙

제2-9조 특약의 소멸

제2-9조의2 “특약의 무효”에 대한 특칙

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-10조 계약자의 임의해지

제2-11조 해약환급금

제5관 보험금 대리청구에 관한 사항

제2-12조 적용대상

제2-13조 보험금 대리청구인의 지정

제2-14조 대리청구인의 변경지정

제2-15조 대리청구인에 의한 보험금 지급 등의 절차

제2-16조 대리청구인에 의한 보험금 등 청구시 구비서류

제6관 기타사항

제2-17조 주계약 약관 규정의 준용

[부표2-1] 보험금 지급기준표

경증이상치매보장특약 (무배당, 해약환급금 미지급형)

- ※ 이 특약은 계약자의 선택에 의해 해당 보험료를 납입함으로써 보장이 가능합니다.
- ※ 이 특약은 제2-1조의4(보장계약 등의 정의)에서 정한 총2개의 보장계약으로 구성되어 있으며, 특약보험기간 중 보험금이 지급된 보장계약은 해당 보험금 지급사유가 발생한 이후부터 보장하지 않으며, 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 소멸된 보장계약을 제외한 나머지 보장계약에 대해서는 보험료를 납입해야 합니다.
- ※ 계약자가 가입한 보험종목에 따라 특약 명칭은 다음과 같이 변경됩니다.
 - 일반형의 경우: “(무배당, 해약환급금 미지급형)” 부분이 “(무배당)”으로 변경됩니다.

제1편 일반사항

[특약 약관] 제1편 일반사항 제1-1조부터 제1-13조까지를 이 특약 “제1편 일반사항”으로 합니다.

※ [특약 약관] “제1편 일반사항”의 위치는 목차를 통해 확인 부탁드립니다.

제2편 개별사항

제1관 용어의 정의 등

제2-1조 특약의 보장개시

- ① 회사는 이 특약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특약의 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다.
- ② 제1항에도 불구하고 제1-13조[보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)] 및 제2-8조의2[“보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)”에 대한 특칙]에 따라 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우 이 특약의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 치매보장개시일은 제2-1조의2(“경증이상치매상태”의 정의 및 최종 진단확정) 및 제2-1조의3(“중등도이상치매상태”의 정의 및 최종 진단확정)에서 정한 “경증이상치매상태” 및 “중등

ended Clinical Dementia Rating, 2001년) 검사결과가 1점 이상(다만, 이와 동등하다고 국내 의학계에서 일반적으로 인정되는 검사방법을 사용하여 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태를 말합니다.

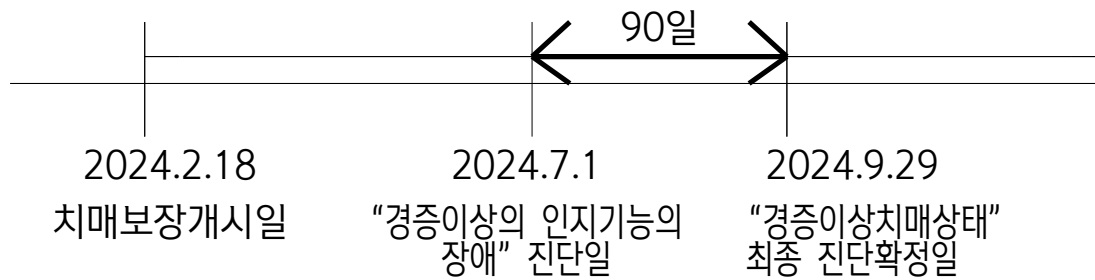
CDR척도

“CDR척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating, 2001년)”는 치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5의 7등급으로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증(重症)을 의미합니다.

- ③ 제1항 및 제2항의 “경증이상치매상태”와 “경증이상의 인지기능의 장애” 진단은 의료기관의 치매 전문의(신경과 또는 정신건강의학과 전문의 자격증을 가진 의사)의 진단서에 의하고, 이 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다.

또한, “경증이상의 인지기능의 장애” 진단일부터 90일이 지난 이후에 피보험자의 “경증이상의 인지기능의 장애”가 계속 지속되었음을 진단함으로써 제1항에서 정한 “경증이상치매상태”로 최종 진단확정 됩니다. 다만, 피보험자가 장래에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태인 경우 그 진단일부터 90일이 지나기 전이라도 “경증이상치매상태”로 최종 진단확정 될 수 있습니다.

“경증이상치매상태”의 최종 진단확정 예시



다만, 피보험자가 장래에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태인 경우 그 진단일부터 90일이 지나기 전이라도 “경증이상치매상태”로 최종 진단 확정 될 수 있습니다.

뇌영상검사 예시

[전산화단층촬영(CT)]

Computed Tomography. 정밀도가 높은 X선으로 인체를 360도 방향에서 전체 투사하여 나온 데이터를 컴퓨터로 조합하여 인체의 단면 영상을 그려내는 촬영기술

[자기공명영상(MRI)]

Magnetic Resonance Imaging. 자기공명영상을 이용하여 생체의 장기나 조직, 병터를 단층상 등의 화상으로 표시하여 질환을 진단하기 위한 화상 검사법

- ④ 제1항부터 제3항에도 불구하고 “정신분열병이나 우울증과 같은 정신 질환으로 인한 인지기능의 장애” 및 “알코올중독”, “의사의 처방에 의하지 않는 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애”를 원인으로 발생한 “경증이상치매상태”는 보장대상에서 제외합니다.
- ⑤ 회사는 제3항에서 치매상태의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

제2-1조의3 “중등도이상치매상태”의 정의 및 최종 진단확정

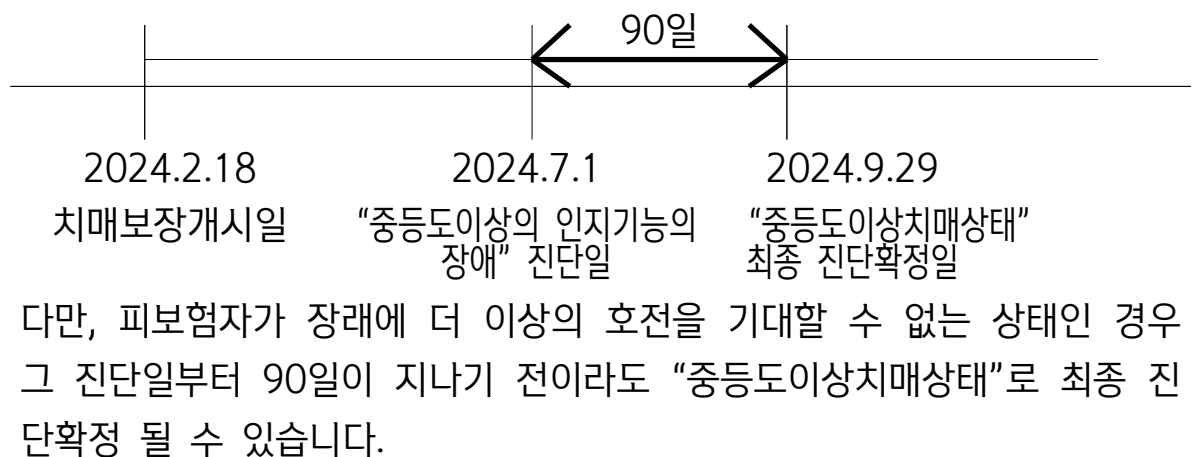
- ① 이 계약에 있어서 “중등도이상치매상태”라 함은 피보험자가 계약일 이후에 발생한 재해 또는 질병으로 인하여 치매보장개시일 이후에 “중등도 이상의 인지기능의 장애”로 진단되고, 그 상태가 진단 시점으로부터 90일 이상 계속되어 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태로 최종 진

단확정 받은 경우를 말합니다.

- ② 제1항의 “중등도이상의 인지기능의 장애”라 함은 CDR척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating, 2001년) 검사결과가 2점이상(다만, 이와 동등하다고 국내 의학계에서 일반적으로 인정되는 검사방법을 사용하여 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태를 말합니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 “중등도이상치매상태”와 “중등도이상의 인지기능의 장애” 진단은 의료기관의 치매 전문의(신경과 또는 정신건강의학과 전문의 자격증을 가진 의사)의 진단서에 의하고, 이 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다.

또한, “중등도이상의 인지기능의 장애” 진단일부터 90일이 지난 이후에 피보험자의 “중등도이상의 인지기능의 장애”가 계속 지속되었음을 진단함으로써 제1항에서 정한 “중등도이상치매상태”로 최종 진단확정 됩니다. 다만, 피보험자가 장래에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태인 경우 그 진단일부터 90일이 지나기 전이라도 “중등도이상치매상태”로 최종 진단확정 될 수 있습니다.

“중등도이상치매상태”의 최종 진단확정 예시



- ④ 제1항부터 제3항에도 불구하고 “정신분열병이나 우울증과 같은 정신

질환으로 인한 인지기능의 장애” 및 “알코올중독”, “의사의 처방에 의하지 않는 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애”를 원인으로 발생한 “중등도이상치매상태”는 보장대상에서 제외합니다.

- ⑤ 회사는 제3항에서 치매상태의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

제2-1조의4 보장계약 등의 정의

이 특약은 다음에 정하는 “경증이상치매 보장계약” 및 “중등도이상치매 보장계약”으로 이루어집니다. 계약자는 각 보장계약을 동시에 체결하여야 하며, 각 보장계약의 보험가입금액은 별도로 설정할 수 있습니다. (이하 각 보장계약을 합하여 “특약”이라 합니다)

1. 경증이상치매 보장계약: 특약보험기간 중 피보험자가 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 경증이상치매진단급여금을 보장받기 위한 계약
2. 중등도이상치매 보장계약: 특약보험기간 중 피보험자가 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 정한 중등도이상치매진단급여금을 보장받기 위한 계약

※ 각 보장계약별 보장내용, 유지, 금액 등이 다르므로 각 조항을 꼭 확인하시기 바랍니다.

제2관 보험금의 지급

제2-2조 보험금의 지급사유

회사는 피보험자에게 각 보장계약의 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(<부표2-1> “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

[경증이상치매 보장계약]

특약보험기간 중 피보험자가 치매보장개시일 이후에 “경증이상치매상태”로 최종 진단확정 되었을 때 : 경증이상치매진단급여금 (다만, 최초

1회의 진단확정에 한함)

[중등도이상치매 보장계약]

특약보험기간 중 피보험자가 치매보장개시일 이후에 “중등도이상치매상태”로 최종 진단확정 되었을 때 : 중등도이상치매진단급여금 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)

제2-3조 보험금 지급에 관한 세부규정

- ① 특약보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 주계약의 보험료 납입면제가 "보험료의 납입을 면제하는 특약"에 의해 납입면제가 된 경우 그 "보험료의 납입을 면제하는 특약"의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 해당 약관의 「보험료납입면제대상계약」에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.
- ② 재해는 특약보험기간 중 발생한 재해에 한하며, 특약보험기간 중 발생한 재해가 아닌 경우에는 보험금 지급사유 중 해당 재해와 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

[▼아래 제3항~제5항은 경증이상치매 보장계약에 한합니다]

- ③ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경증이상치매진단급여금은 “경증이상의 인지기능의 장애” 진단일부터 90일이 지난 이후에 “경증이상치매상태”로 최종 진단확정되지 않은 경우에는 지급되지 않습니다. 다만, 피보험자가 장래에 더 이상 호전을 기대할 수 없는 상태인 경우 그 진단일부터 90일이 지나기 전이라도 “경증이상치매상태”로 최종 진단확정되면 경증이상치매진단급여금을 지급합니다.
- ④ 특약보험기간 중 치매보장개시일 이후에 진단된 “경증이상의 인지기능의 장애”가 그 진단일부터 90일이 경과하는 기간 중 특약보험기간이 만료되어 “경증이상치매상태”의 최종 진단확정이 특약보험기간 이후에 되는 경우 최종 진단확정시 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경증이상치매진단급여금을 지급합니다.
- ⑤ 특약보험기간 중 피보험자가 치매보장개시일 이후에 사망하고 그 후에 “경증이상치매상태”를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우, 그 사망일을 진단확정일로 하여 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경증이상치매진단급여금을 지급합니다. 다만, 치매보장개시일 전일 이전에 “경