성인병보장특약

성인병보장특약 약관

제 1조(특약의 체결 및 효력) ① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다. (이하 "주된 보험계약"은 "주계약", "보험계약자"는 "계약자", "보험회사"는 "회사"라 합니다.)

② 이 특약에 대한 회사의 책임개시일은 주계약의 책임개시일과 동일합니다.

③ 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제 2조(피보험자의 범위) 이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제 3조(특약의 무효) ① 피보험자가 보험계약일로부터 과거 5년이내 또는 보험계약일로부터 성인병, 노인병 또는 상피내암에 대한 책임개시일의 전일이전에 성인병, 노인병 또는 상피내암으로 진단이 확정되어 있는 경우(이 경우에는 계약자 및 피보험자가 그 사실을 알고 있었거나 모르고 있었거나를 묻지 아니합니다)에는 특약을 무효로하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 계약일로부터 과거 5년 이내에 피보험자가 성인병, 노인병 또는 상피내암으로 진단확정된 사실을 계약자 또는 피보험자가 알고 있는 경우에는 이미 납입한 보험료도 돌려드리지 아니합니다.

제 4조(성인병의 정의 및 진단확정) ① 이 특약에 있어서 "성인병"이라 함은 제3차 한국표준질병사인분류에 있어서 성인병으로 분류되는 질병(별표 3 "성인병분류표"참조)을 말합니다.

② 성인병의 진단확정은 의료법 제3조 제2항에 규정된 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의한 진단서에 의합니다.

단, 악성신생물로 분류되는 질병의 진단 확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 암에 대한 임상학적 진단이 암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 인정할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 5조(노인병의 정의 및 진단확정) ① 이 특약에 있어서 "노인병"이라 함은 제3차 한국표준질병사인분류에 있어서 노인병으로 분류되는 질병(별표 4" 노인병분류표"참조)을 말합니다.

② 노인병의 진단확정은 의사에 의한 진단서에 의합니다.
단, 악성신생물로 분류되는 질병의 진단 확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 암에 대한 임상학적 진단이 암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 인정할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조의 2(상피내암의 정의 및 진단확정) ① 이 특약에 있어서 "상피내암"이라 함은 제3차 한국표준질병사인분류에 있어서 상피내의 신생물로 분류되는 질병(별표 6 "상피내의 신생물 분류표"참조)을 말합니다.

② 상피내암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이진단은 조직(fixed tissue) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 상피내암에 대한 임상학적 진단이 상피내암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 상피내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 6조(입원의 정의)

이 특약에 있어서 "입원"이라함은 의사에 의하여 성인병, 노인병 또는 상피내암의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조 제2항에서 정한 병원이나 의원(한의원은 제외합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 7조(수술의 정의와 장소)

이 보험에 있어서 "수술"이라 함은 의사에 의하여 성인병치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원(한의원은 제외합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 별표5 "성인병수술분류표"에 정한 행위를 하는 것을 말합니다

제 8조(보험금의 지급사유) ① 회사는 보험기간(별표 1 "보험기간분류표" 참조 이하 같습니다)중 피보험자에게 다음중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(이하 "수익자"라 합니다)에게 약정한 보험금(별표 2 "보험금 지급기준표"참조)을 지급합니다.

1. 제1보험기간중 제1조(특약의 체결 및 효력)에 정한 책임개시일 이후에 최초로 성인병으로 진단이 확정되고 그 성인병의 치료를 직접목적으로 하여 4일이상 계속하여 입원하였을 때(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.) : 성인병입원급여금을 지급
2. 제1보험기간중 제1조(특약의 체결 및 효력)에 정한 책임개시일 이후에 최초로 성인병으로 진단이 확정되고 그 성인병의 치료를 직접목적으로 하여 수술(별표 5 "성인병수술분류표"참조)을 받았을 때 : 성인병수술급여금을 지급
3. 제1보험기간중 제1조(특약의 체결 및 효력)에 정한 책임개시일 이후에 최초로 성인병으로 진단이 확정되고 그 성인병의 치료를 직접목적으로 하여 31일이상 계속하여 입원한 후 생존하여 퇴원하였을 때 : 성인병요양급여금을 지급
4. 제2보험기간중 노인병 또는 상피내암으로 진단이 확정되고 그 노인병 또는 상피내암의 치료를 직접목적으로 하여 4일이상 계속하여 입원하였을 때(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다) : 노인병입원급여금을 지급

② 제1항 제1호 및 제4호의 경우 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.

③ 제2항의 경우 피보험자가 동일질병으로 인하여 4일이상의 입원을 2회 이상한 경우에는 1회 입원으로 보고서 각 입원일수를 합산하고 제2항의 규정을 적용합니다. 그러나 동일질병이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일을 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

④ 제1항 제1호 및 제4호의 경우 피보험자가 입원기간중에 계약의 효력이 없어진 경우에도 그 계속중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 계속 입원급여금을 지급하여 드립니다.

⑤ 제1항 제3호의 경우 동일질병의 치료를 목적으로 180일이내에 재입원하여 다시 퇴원하였을 경우에는 요양급여금을 지급하지 아니합니다.

⑥ 제1항 제1호 및 제4호의 경우 피보험자가 정당한 사유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 입원급여금을 지급하지 아니합니다.

제 9조(특약의 보험기간 및 보험료의 납입) ① 이 특약의 보험기간은 주계약의 보험기간과 동일한 기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

제 10조(보험료의 납입연체시 특약의 효력) ① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 효력을 상실한 경우에는 이 특약도 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약의 보험료 납입 유예기간(猶豫期間)이 끝나는 날의 다음날부터 이

특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

③ 제1항 및 제2항의 경우 계약자의 청구에 의하여 해약환급금을 드립니다.

제 11조(효력상실된 특약의 부활) ① 회사는 이 특약의 부활(復活)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활을 취급합니다.

② 주계약의 부활 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을때에는 이 특약도 동시에 부활을 청약한 것으로 봅니다.

제 12조(보험금등 청구시 구비서류) ① 수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 입원증명서, 수술증명서, 퇴원증명서)
3. 보험증권
4. 주민등록증 제시(본인이 아닌 경우는 본인의 인감증명서)
5. 기타 수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관을 말합니다.

제 13조(보험금등의 지급) ① 회사는 제12조(보험금등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고 그 서류를 접수한 날로부터 3일이내에 보험금 또는 해약환급금을 드립니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수후 10일 이내에 드립니다.

② 회사는 제1항의 규정에 의한 지급기일내에 보험금 또는 해약환급금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 ~~회사의~~ 약관대출이율을 연단위복리로 계산한 금액을 더하여 드립니다.

③ 이 특약에 의한 해약환급금은 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에서 정하

는 바에 따라 계산합니다. (별표 "해약환급금 예시표" 참조)

④ 해약환급금은 그 사유가 발생한 날의 다음날로부터 제1항의 규정에 의한 지급기일까지의 기간에 대하여 「예정이율+1%」를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 드립니다

제 14조(특약내용의 변경) ① 계약자는 특약의 보험기간중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다.
이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해약된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 이를 계약자에게 드립니다.

제 15조(계약자의 임의해지) ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 해약환급금을 드립니다.

② 제1항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제 16조(주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용) ① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정에 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정에 따릅니다.

(별표)

해약환급금예시표

기준 : 보험가입금액 10만원, 피보험자 40세, 60세형, 전기월납

구분 \ 경과기간		1년	3년	5년	7년	10년	15년	20년
남자	납입보험료	372	1,116	1,860	2,604	3,720	5,580	7,440
	해약환급금	186	574	986	1,427	2,162	3,630	5,663
여자	납입보험료	456	1,368	2,280	3,192	4,560	6,840	9,120
	해약환급금	244	759	1,315	1,921	2,943	5,006	7,751

(별표 1)

보험기간분류표

보험의 세목	제 1 보험기간	제 2 보험기간
55세형	만55세 계약해당일의 전일까지	만55세 계약해당일부터 종신까지
60세형	만60세 계약해당일의 전일까지	만60세 계약해당일부터 종신까지
65세형	만65세 계약해당일의 전일까지	만65세 계약해당일부터 종신까지
70세형	만70세 계약해당일의 전일까지	만70세 계약해당일부터 종신까지

(별표 2)

보험금지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액)

<table>
<tr><th>구 분</th><th>지 급 사 유</th><th colspan="2">지 급 금 액</th></tr>
<tr><td>성인병 입원급여금
(약관 제8조
제1항 제1호)</td><td>제1보험기간중 제1조(특약의 체결 및 효력)에 정한 책임개시일이후에 최초로 성인병으로 진단이 확정되고 그 성인병의 치료를 직접목적으로하여 4일이상 계속하여 입원하였을 때</td><td colspan="2">3일초과 입원일수
1일당
0.1 %씩 지급</td></tr>
<tr><td rowspan="3">성인병 수술급여금
(약관 제8조
제1항 제2호)</td><td rowspan="3">제1보험기간중 제1조(특약의 체결 및 효력)에 정한 책임개시일이후에 최초로 성인병으로 진단확정되고 그 성인병의 치료를 직접목적으로 하여 수술을 받았을 때</td><td>1종</td><td>1회수술당 1.5 %</td></tr>
<tr><td>2종</td><td>1회수술당 2.5 %</td></tr>
<tr><td>3종</td><td>1회수술당 5.0 %</td></tr>
<tr><td>성인병 요양급여금
(약관 제8조
제1항 제3호)</td><td>제1보험기간중 제1조(특약의 체결 및 효력)에 정한 책임개시일이후에 최초로 성인병으로 진단확정되고 그 성인병의 치료를 직접목적으로 31일이상 계속하여 입원한 후 생존하여 퇴원하였을 때</td><td colspan="2">1회 퇴원당 5 %</td></tr>
<tr><td>노인병 입원급여금
(약관 제8조
제1항 제4호)</td><td>제2보험기간중 노인병 또는 상피내암으로 진단확정되고 그 노인병 또는 상피내암의 치료를 직접목적으로하여 4일이상 계속하여 입원하였을 때</td><td colspan="2">3일초과 입원일수
1일당
0.2 %씩 지급</td></tr>
</table>

(별표 3)

성인병분류표

약관에서 규정하는 성인병으로 분류되는 질병은 제3차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제1993-3호 1995. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분 류 번 호
악성 신생물	C00 - C97
상피내의 신생물	D00 - D09
당뇨병	E10 - E14
만성 류마티스성 심장 질환	I05 - I09
고혈압성 질환	I10 - I15
허혈성 심장 질환	I20 - I25
폐성 심장질환 및 폐순환의 질환	I26 - I28
기타 형태의 심장질환	I30 - I52
24시간이상 지속되는 영구적인 신경후유증을 수반하는 대뇌혈관질환	I60 - I69
일과성 대뇌 허혈성 발작 및 관련 증후군	G45

제4차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 4)

노인병분류표

약관에서 규정하는 노인병으로 분류되는 질병은 제3차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제1993-3호 1995. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분 류 번 호
악성 신생물	C00 - C97
당뇨병	E10 - E14
백내장	H25 - H26, H28.0 - H28.2
고혈압성 질환	I10 - I15
허혈성 심장질환	I20 - I25
대뇌혈관 질환	I60 - I69
폐렴	J12 - J18

제4차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 5)

성인병수술분류표

수 술 종 류		등 급
근골의 수술(筋骨의 手術) [발정술(拔釘術)은 제외함]	사지절단술(四肢切斷術) [손가락, 발가락은 제외함]	2종
순환기의 수술 (循環器의 手術)	관혈적 혈관형성술(觀血的 血管形成術) [혈액투석용(血液透析用) Shunt형성술(形成術)을 제외함]	2종
	대동맥·대정맥·폐동맥·관동맥수술 (大動脈·大靜脈·肺動脈·冠動脈手術) [개흉·개복술(開胸·開腹術)을 수반하는것]	3종
	심막절개·봉합술(心膜切開·縫合術)	2종
	직시하심장내수술(直視下心臟內手術)	3종
	체내용(體內用) Pace Maker 매입술(埋入術)	2종
내분비기의 수술 (內分泌器의 手術)	부신전적제술(副腎全摘除術)	2종
신경의 수술(神經의 手術)	두개내 관혈수술(頭蓋內 觀血手術)	3종
	신경관혈수술(神經觀血手術)[형성술·이식술· 전제술·감압술·개방술·염제술(形成術·移植術 ·切除術·減壓術·開放術·捻除術)]	2종
감각기,시기의 수술 (感覺器,視器의 手術)	백내장·수정체 관혈수술 (白內障·水晶體 觀血手術)	2종
	망막 박리증 수술(網膜 剝離症 手術)	1종
	Laser·냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구수술 (眼球手術) [시술(施術)개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도함]	1종
악성신생물의 수술 (惡性新生物의 手術)	악성신생물근치수술 (惡性新生物根治手術)	3종
	악성신생물온열요법(惡性新生物溫熱療法) [시술(施術)개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도함]	1종
	기타의 악성신생물수술 (惡性新生物手術)	2종
상기 이외의 수술 (上記 以外의 手術)	Fiberscope 또는 혈관(血管) Basket Catheter 에 의한 뇌·후두·흉부· 복부장기수술(腦·喉頭·胸部·腹部臟器手術) [검사·처치는 포함하지 않음. 시술(施術)개시일 부터 60일간에 1회의 급여를 한도함]	1종
신생물근치 방사선조사 (新生物根治 放射線照射)	신생물근치 방사선조사 (新生物根治 放射線照射) [5,000 Red 이상의 조사(照射)로 시술(施術) 개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도함]	1종

(별표 6)

상피내의 신생물 분류표

약관에서 규정하는 상피내의 신생물로 분류되는 질병은 제3차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제1993-3호 1995. 1. 1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분 류 번 호
1. 구강, 식도 및 위의 상피내 암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 상피내 암종	D01
3. 중이 및 호흡기계의 상피내 암종	D02
4. 상피내의 흑색종	D03
5. 피부의 상피내 암종	D04
6. 유방의 상피내 암종	D05
7. 자궁경관의 상피내 암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 상피내 암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 상피내 암종	D09

제4차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.